Niveau(x) d'enseignement: 5 Numéro EDUQ : 9170950
Centre d'intérêt: 240

Colloque Les services aux étudiants vers l'an 2000 (1989 : Université de Montréal).

Les services aux étudiants vers l'an 2000 : santé des jeunes : recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à l'occasion du Colloque "Les services aux étudiants vers l'an 2000", Université de Montréal, le 25 mai 1989 ; Direction générale de l'enseignement collégial . -- [Québec] : La Direction, 1989.
100 p. en pag. multiple ; 28 cm.

Comprend du texte en anglais. Code: 1514-0120; 89-0554. Comprend des bibliogr.

ISBN 2-550-20334-8

Vedette(s)-secondaire(s): Québec (Province). Direction générale de l'enseignement collégial

Descripteur(s): Santé * Caractéristiques de l'adolescent * Secondaire (Ordre d'enseignement) * Collégial (Ordre d'enseignement)

On brosse, dans une première communication, un tableau des problématiques de santé des adolescents au Canada. Puis on aborde des problèmes spécifiques de santé dans les communications suivantes: les MTS, le SIDA, les problèmes causés par l'utilisation des psychotropes, les troubles alimentaires.

Type de document:

9170 950

CADRE
CENTRE DE DOCUMENTATION
1940, BOUL. HENRI-BOURASSA EST
MONTRÉAL H2B 1S2

LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2000

SANTÉ DES JEUNES

Québec

LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2000

SANTÉ DES JEUNES

Recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à l'occasion du colloque
« LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2000 »
Université de Montréal, le 25 mai 1989

Octobre 1989

Direction générale de l'enseignement collégial

© Gouvernement du Québec 1989

Dépôt légal : quatrième trimestre 1989
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-550-20334-8

PRESENTATION

Lors du colloque **LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2000**, tenu à l'université de Montréal les 23, 24 et 25 mai 1989, une journée thématique sur la santé des jeunes figurait au programme. À la suite de cette journée, plusieurs participantes et participants ont marqué leur intérêt pour une copie des communications présentées.

Ainsi, grâce à la collaboration empressée des communicatrices et des communicateurs invités, de même que des Services aux étudiants de l'université de Montréal, la Direction générale de l'enseignement collégial est heureuse de prolonger la discussion sur la santé des jeunes en diffusant les propos livrés à cette occasion par les conférencières et les conférenciers.

Par cette publication, nous espérons rejoindre les attentes des participantes et des participants à cette journée riche en informations et discussions et, ainsi, contribuer au développement des services de santé dans les établissements collégiaux et universitaires.

LA SANTÉ DE NOS ADOLESCENTS :
PROBLÉMATIQUES DES ANNÉES '90

CONFÉRENCE PRONONCÉE LORS DU COLLOQUE
LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2 000
TENU À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
LE 25 MAI 1989

PAR

Monsieur Jean Wilkins, M.D.
Professeur titulaire de pédiatrie à la
Faculté de médecine de l'université de Montréal
Responsable de la section Médecine de l'adolescence
du département de pédiatrie
au Centre Hospitalier Sainte-Justine de Montréal

PLAN

1. COMPLEXITÉ DE L'ADOLESCENCE

    1.1 Quelques exemples cliniques
    1.2 Les sous-cultures adolescentes

2. ÉNUMÉRATION DE FAITS SAILLANTS CHOISIS CONCERNANT LES JEUNES AU CANADA

    2.1 Caractéristiques démographiques et socio-économiques des jeunes canadiens de 15 à 24 ans
    2.2 L'alcool, les cigarettes et les drogues
    2.3 La mortalité

3. LES FACTEURS D'INFLUENCE SUR LE DÉROULEMENT DE L'ADOLESCENCE À L'AUBE DES ANNÉES '90

4. CINQ PROBLÉMATIQUES ANCIENNES REVUES

    4.1 Problématique reliée à l'usage des drogues
    4.2 Problématique de la sexualité
    4.3 Les dysfonctions alimentaires
    4.4 Les maladies chroniques
    4.5 Les enfants de la performance

5. CONCLUSION - NOS RESPONSABILITÉS ÉTHIQUES FACE À LA PROCHANE GÉNÉRATION

Le présent colloque sur "les Services aux étudiants vers l'an 2 000" veut cibler d'abord les étudiants dont le groupe d'âge s'étend entre 15 et 25 ans alors que ma pratique professionnelle s'est portée depuis toujours auprès du groupe des 12/20 ans, ce qui m'a fait hésiter avant d'accepter cette invitation. De même, avoir à se commettre sur des prévisions concernant les problématiques de santé dans le futur m'apparaît une aventure risquée. Malgré cela, j'ai quand même accepté, mais à ma façon, c'est-à-dire que vous ne retrouverez peut-être pas dans ce texte toute la rigueur attendue mais je vous expose mon point de vue à partir de mes observations de clinicien tout comme je l'ai déjà fait pour la direction rédactionnelle de numéros thématiques sur l'adolescence pour diverses revues scientifiques dont les sujets traitaient de la sexualité, de la violence, de l'usage de drogues, des dysfonctions alimentaires et des structures de soins à l'adolescence.

1. COMPLEXITÉ DE L'ADOLESCENCE

Mon engagement dans une pratique exclusive auprès de la population adolescente m'a permis en tout premier de découvrir l'importance et la complexité de cette période de croissance. L'adolescence est essentiellement une période de croissance aux plans physique, psychique et social, laquelle se déroule dans des contextes socio-économique et culturel particuliers à chaque génération d'adolescents. Tout est lié, intimement interrelié, et lorsque l'anarchie s'installe en maître, c'est la pathologie avec toute sa complexité biopsychosociale et le traitement nécessitera, pour réussir, une approche biopsychosociale. Je vais décrire quelques exemples cliniques pour illustrer cette complexité de la pathologie à l'adolescence.

1.1 Quelques exemples cliniques

Le premier exemple qui nous vient toujours à l'esprit lorsqu'on intervient auprès des adolescents est la problématique du jeune adolescent présentant une puberté différée par rapport à ses amis et ses pairs. Il se percevra alors comme marginalisé par rapport à eux, il se questionnera sur sa normalité à lui et pourra adopter certaines conduites pathologiques afin de les imiter, de leur ressembler ou de les dépasser, alors qu'il ne réussit pas à les atteindre ou à leur ressembler au plan du développement de ses caractères sexuels secondaires ou encore au plan de son développement staturo-pondéral.

Un deuxième exemple est la puberté hâtive chez la jeune fille de 10 ans, ce qui l'amène à fréquenter des garçons du secondaire alors qu'elle est encore d'âge du primaire. C'est la complexité des âges à l'adolescence avec cette problématique où l'âge biologique "prend l'avance" sur l'âge chronologique. Nous retrouverons fréquemment derrière une demande contraceptive d'une fille de 12-13 ans cette réalité d'une puberté hâtive. Ainsi, cette jeune fille de 12 ans, pubère depuis l'âge de 10 ans, est très différente de sa consoeur du même âge chronologique qui n'a pas encore amorcé sa puberté. Cette différence oblige une approche individualisée qui tienne compte des particularités de chacune des adolescentes.

Un troisième exemple est l'usage abusif de drogues par lequel l'adolescent "anesthésie" son adolescence. Une fois qu'il en cessera l'usage, l'adolescent réalisera qu'il a accumulé un retard dans son processus de développement et que ceci n'est pas facile à rattraper. Avoir 17 ans d'âge chronologique avec un âge psychologique de 14-15 ans et être au

niveau du Secondaire II en raison des échecs scolaires accumulés au moment de sa période d'usage de drogues est un scénario fréquent chez l'usager continu de drogues en début d'adolescence.

Un quatrième exemple est le sabotage de son développement harmonieux et idéal par un trouble de la conduite, telle la délinquance, ou un trouble de la conduite alimentaire, telle l'anorexie mentale. L'anorexie mentale c'est, en quelque sorte, l'évitement de l'investissement affectif de son adolescence. D'autres adolescents éprouveront des difficultés à contrôler leurs pulsions reliées aux "poussées pubertaires" et cette dysfonction pourra les conduire à saboter certains aspects de leur développement durant l'adolescence et s'accompagner d'échecs scolaires, entre autres.

Ces quatre exemples illustrent l'importance et l'interrelation entre les aspects physique, psychique et social au cours de cette période de l'adolescence. Les contextes socio-économique et culturel auront également une influence majeure sur l'apparition d'une pathologie particulière pour chaque génération et groupe d'adolescents. Rappelons-nous ce qui a marqué les années '60, '70 et les années '80.

1.2 Sous-cultures adolescentes

Au cours des années '60, ce fut la période où nous fûmes confrontés aux problèmes liés à l'usage abusif de drogues tels les surdosages, les mauvais voyages, les sevrages, etc. Ce fut le moment où la sous-culture de la drogue a culminé, ou la guerre du Vietnam était le débouché après l'adolescence. Cette période fut marquée par les mouvements de masse de la jeunesse. Il faut se rappeler Woodstock aux États-Unis et les événements de mai '68 en France. Ces deux événements représentent bien ce que furent les années '60 pour la jeunesse d'alors.

Les années '70 nous ont, quant à elles, confronté à d'autres réalités sociales. Ce fut d'abord la nouvelle sexualité adolescente, sortie de sa clandestinité, qui se manifestait au grand jour. Nous avons alors réalisé qu'il existait une sexualité particulière à cet âge avec ses risques et sa pathologie. Cette période fut également marquée par le phénomène de l'éclatement de la famille avec des nouveaux deuils à faire pour les adolescents. À partir de la fin des années '70, l'avenir apparaît bouché pour les adolescents d'où la tendance à privilégier l'instantanéité et le plaisir au lieu de l'engagement dans le futur.

Les années '80 ont eu également leurs facteurs d'influence sur le déroulement de l'adolescence. Retenons la liberté, la très grande liberté qui a marqué cette période et jamais les adolescents n'avaient été aussi souvent sollicités dans un contexte de désencadrement. Ils avaient plus de disponibilités que leurs parents n'en avaient eues. Nous réaliserons également, durant ces années, l'importance pour l'adolescent des pertes qu'il subit. Que ce soit par la séparation ou le divorce de ses parents, par le suicide d'un ou des amis, par la perte d'amis à la suite d'accidents ou par la perception d'un monde se détériorant, les pertes auront une signification importante chez l'adolescent. Il sera touché, il sera triste à sa façon, il vivra des deuils à sa façon tout à fait particulière à lui.

Dans un monde de plus en plus compétitif, combiné avec le nouveau phénomène des contingentements, l'échec prendra une signification tout à fait particulière à cet âge. L'adolescent se voit obligé de réussir, placé très tôt sur une trajectoire d'excellence où il n'y a plus d'espace pour l'échec. Certaines tentatives suicidaires surgiront après que l'adolescent aura connu ou subi un échec.

Alors que les années '60 nous avaient montré une jeunesse regroupée, les années '80 nous confrontent à de multiples sous-groupes d'adolescents, c'est l'hétérogénéité des adolescents qui fera alors époque. Un autre phénomène social qui marquera les années '80 est ce que j'appelle la non-appartenance. Arrivant après une décennie au cours de laquelle fut privilégié le développement du Moi et réalisant que l'avenir leur est bouché, les adolescents éprouveront alors un sentiment de n'appartenir à personne, de ne pas avoir une place à eux dans cette société.

Tous ces facteurs auront une influence sur l'adolescent subissant une période de transformations très complexes et la pathologie qui en résultera sera originale et, ainsi, particulière à chaque génération d'adolescents.

Ceci termine la première partie de ma conférence. Dans un deuxième temps, je veux vous rapporter quelques données sommaires provenant d'une étude publiée par Statistiques Canada, en mars 1989, et se rapportant au groupe d'âge que l'on veut mieux cerner dans les années qui viennent.

2. ÉNUMÉRATION DE FAITS SAILLANTS CHOISIS CONCERNANT LES JEUNES AU CANADA

2.1 Caractéristiques démographiques et socio-économiques des jeunes canadiens de 15 à 24 ans

- Au moment du recensement de 1986, le Canada comptait plus de 1,9 million de jeunes, âgés de 15 à 19 ans, et près de 2,3 millions, âgés de 20 à 24 ans.

. Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 17 % de la population canadienne totale en 1986 par comparaison à 20 % en 1976. Selon les projections, d'ici l'an 2 001, les jeunes ne représenteront plus que 13 % de la population canadienne totale. Il va sans dire que cette diminution de leur importance démographique s'accompagnera également d'une diminution de leur importance politique.

. En 1976, 50 % des jeunes de 18 à 24 ans habitaient comme enfant à la maison, comparativement à 57 % en 1986. La situation économique difficile du début des années '80 rendra la jeunesse encore plus dépendante économiquement de leurs parents.

. De 1981 à 1986, le nombre absolu et le pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans, formant une famille époux/épouse, a diminué, passant de 20 % à 16 %. Les jeunes se marient moins.

. Le taux de fécondité, en fonction de l'âge pour les femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans est, en général, à la baisse depuis 1976, passant de 33,4 et 110,3 respectivement en 1976 à 23,5 et 84,8 en 1986; le déclin étant plus important pour le groupe de femmes de 20 à 24 ans. Ceci peut être une illustration de l'efficacité du message contraceptif et de la pratique contraceptive.

. Le nombre d'inscriptions à plein temps décroît à mesure que les étudiants augmentent en âge. Alors que le taux d'inscription était bien au-delà de 90 % pour les jeunes de 15 et 16 ans, il était marqué d'une forte diminution chez ceux de 18 et 19 ans,

soit 64 % et 40 % respectivement. Ces chiffres traduisent l'importance que prend le phénomène du décrochage au secondaire et au collégial au cours des années '80.

. En général, les jeunes de 15 à 24 ans atteignent des niveaux de scolarité plus élevés en '86 qu'en '76. Ce phénomène est surtout évident chez les jeunes femmes dont 33 % avaient complété certaines études postsecondaires en 1986 par comparaison à 26 % en 1976.

. En 1986, presque la moitié, soit 48 % des jeunes de 15 à 24 ans, ayant des qualifications de niveau postsecondaire étaient concentrés en deux principaux domaines d'études, soit en commerce, gestion et administration des affaires pour 25 % et en génie et sciences appliquées pour 23 %.

. Plus de deux étudiants sur cinq à plein temps, âgés de 15 à 19 ans, étaient actifs sur le marché du travail en octobre 1988.

. Bien que les jeunes canadiens de 15 à 24 ans ne représentaient que 21 % de la population active en 1987, environ 386 000 d'entre eux étaient en chômage, soit environ 34 % de toutes les personnes en chômage.

. La fréquence des faibles revenus, au niveau de la population de 15 à 24 ans, est passée de 17 % en 1980 à 20 % en 1985, par comparaison de 16 % à 17 % pour la population en général. On commence maintenant à parler du phénomène de l'appauvrissement de la jeunesse.

2.2 L'alcool, les cigarettes et les drogues

. En 1985, 72 % des jeunes de 20 à 24 ans ont déclaré consommer régulièrement de l'alcool, soit une fois par mois ou plus par comparaison à 52 % de jeunes de 15 à 19 ans et à 61 % de personnes de 25 ans et plus. On peut ainsi constater que la publicité, ciblée sur ce groupe, a porté fruits. Une plus forte proportion de femmes de 20 à 24 ans que d'hommes du même âge, 38 % contre 35 %, ont déclaré fumer tous les jours, alors que chez les gens de 15 à 19 ans le contraire a été observé, soit 24 % chez les jeunes garçons par rapport à 21 % chez les jeunes filles.

. En 1985, 14 % des jeunes de 15 à 19 ans et 21 % de ceux de 20 à 24 ans déclaraient faire usage de drogues. Plus de jeunes hommes de 15 à 19 ans que de femmes faisaient usage de drogues, soit 15 % contre 13 % respectivement, alors que le contraire a été observé chez les jeunes de 20 à 24 ans, soit 24 % chez les femmes contre 19 % chez les hommes.

2.3 Taux de mortalité

. De 1979 à 1986, le taux de mortalité des jeunes hommes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans était deux fois plus élevé que celui de leurs homologues féminins.

. De 1979 à 1986, le taux de mortalité des hommes des deux groupes d'âge a subi une baisse considérable, passant de 144,8 à 104,4 dans les cas de jeunes hommes de 15 à 19 ans, de 186,0 à 136,8 pour ceux de 20 à 24 ans.

. Les deux causes principales de décès à cet âge-là sont les accidents de circulation et les suicides.

. En 1986, 22 % des décès chez les jeunes de 15 à 24 ans étaient des suicides, alors que pour les femmes du même groupe d'âge, 13 % des décès étaient attribuables au suicide.

. En 1986, près de 22 % des victimes d'homicides et 37 % des personnes soupçonnées d'homicides étaient des jeunes de 15 à 24 ans.

. À chaque année, au cours de la période de 1981 à 1986, des proportions beaucoup plus importantes d'hommes que de femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans étaient soupçonnées d'homicide. Dans le cas des hommes de 15 à 24 ans, les proportions variaient de 31 % et 35 % de toutes les personnes soupçonnées d'homicide, alors que seulement 4 % à 7 % des femmes du même groupe l'étaient.

Après cette brève incursion dans le monde des statistiques pour ce groupe d'âge, je m'engage maintenant dans la description de ce que je perçois être les prochains facteurs d'influence sur le déroulement de l'adolescence à l'aube des années '90.

3. LES FACTEURS D'INFLUENCE SUR LE DÉROULEMENT DE L'ADOLESCENCE À L'AUBE DES ANNÉES '90

Ces facteurs d'influence que je vous énumère et que je discuterai brièvement me sont inspirés de constats faits au cours de ma pratique médicale exclusive auprès du groupe des adolescents. Je suis d'abord frappé par la grande dépendance économique de la jeunesse actuelle envers sa famille et des nouvelles exigences et répercussions de cette dépendance économique sur la famille. La famille m'apparaît beaucoup éprouvée dans ce contexte par les insuccès ou les troubles d'un des leurs. Les gens vivent beaucoup plus isolés et le vécu des difficultés d'un enfant problème se répercute au sein de toute la famille. Les parents actuels me semblent très préoccupés par la capacité de leurs enfants à atteindre une certaine autonomie économique. Les jeunes sont dépendants plus longtemps, ils habitent à la maison plus longtemps, ce qui oblige un nouveau mode d'adaptation des parents avec ces enfants qui deviennent adultes. Pour ceux dont la famille ne peut les soutenir financièrement, c'est l'obligation d'aller plus tôt sur le marché du travail, de décrocher un emploi avec le risque d'abandonner ainsi ses études avant de les avoir complétées. Ce phénomène économique oblige la famille à instaurer une nouvelle homéostasie familiale.

Un deuxième facteur concerne les contingentements dans les choix de carrière disponibles; il existe des choix permis et non permis. L'adolescent doit s'ajuster à ce nouveau phénomène et certains auront des deuils à faire. Ces nouveaux deuils me semblent des phénomènes tout à fait nouveaux dans notre société.

Dans une société qui privilégie beaucoup l'excellence et la réussite, il me semble s'établir présentement un écart très grand entre ceux qui réussissent et ceux qui échouent, que ce soit au plan des attentions qu'on leur réserve, par notre enthousiasme ou par nos ressources, ou que ce soit au plan des offres qui leur sont faites ou de leurs revenus, il y a nettement un nouveau phénomène de l'appauvrissement de l'insuccès. Ceci devrait entraîner des répercussions sur leur capacité de se comprendre mutuellement.

Un autre facteur d'influence à l'aube des années '90 est la valorisation des exigences du monde de la finance, de l'économique et des affaires. Le modèle de réussite actuel, proposé à la jeunesse, c'est celui du monde des affaires.

Il y a le nouveau phénomène de l'orientation vers le planétaire. Nous parlons d'Europe '92, de libre échange, etc. Ceci est bien, mais il faut réaliser que, pour s'orienter ainsi, il faut avoir une très forte identité et je crois qu'il est heureux que la jeunesse actuelle ressente cette pression à se doter d'une forte identité pour pouvoir arriver à compétionner au niveau de la planète.

Cette compétition est de plus en plus présente dans la vie de tous les jours de nos enfants. La compétition, l'adolescent la rencontre plus tôt dans sa vie, elle est constante, elle est exigeante, elle est inévitable. Cette compétitiion omniprésente devient un stress existentiel avec des répercussions qui seront heureuses et certaines qui seront malheureuses. Nous commençons à peine à identifier la pathologie résultant de ce climat de compétition omniprésente, constante et, par moment, sauvage. Notre société pose aux jeunes des exigences qui peuvent, à la

limite, apparaître contradictoires. D'une part, on leur demande d'être excellent, on leur demande de performer à un haut niveau, ce qui les obligent à se centrer sur eux et limiter leur implication sociale et, d'autre part, on leur dit que le modèle de personnalité que l'on recherche pour l'avenir est l'individu capable d'empathie et d'altruisme, ce qui est très difficile à développer lorsque tout est axé sur son plan de carrière.

Comnme pour toute génération antérieure, il faut prévoir qu'une fragilité particulière apparaîtra chez les êtres, dépendant de leur expérience personnelle. Nous réalisons présentement, auprès des adolescents et des jeunes qui entrent à l'université, qu'ils sont demandeurs de soins psychologiques particuliers pour eux.

Ajouter à tous ces facteurs la nouvelle réalité de la coexistence de pluriethnies avec tous les problèmes reliés au transculturalisme, ce qui marquera davantage les jeunes au cours de la prochaine décennie.

Cette description bien sommaire de facteurs sociologiques pouvant influer le développement de l'individu durant la présente décennie se veut qu'une amorce de réflexions nous aidant à identifier les facteurs qui pourront agir et favoriser l'apparition d'une pathologie qui risque d'être nouvelle et qu'il nous faudra interpréter en respectant bien le moment présent.

Je poursuis cet exposé en transposant cinq problématiques anciennes dans leur réalité présente afin de démontrer l'évolution qui s'est produite dans l'expression de la pathologie qui s'y relie.

4. CINQ PROBLÉMATIQUES ANCIENNES REVUES

4.1 La problématique reliée à l'usage des drogues

Les problèmes que nous rencontrons présentement dans l'exercice de la profession médicale en rapport avec l'usage abusif de drogues se sont beaucoup modifiés par rapport aux problèmes que présentaient les adeptes de drogues il y a vingt ans. L'accessibilité actuelle aux drogues est très présente, elle est omniprésente pour tous les adolescents. Ce qui, à mon avis, a beaucoup changé c'est la dangérosité immédiate qui semble réduite; la léthalité reliée à l'usage de drogues a beaucoup diminué. Ceci est exprimé par une diminution importante du nombre de patients amenés en urgence pour des réactions d'intoxications aiguës reliées à l'usage abusif de drogues. De l'usage actuel de drogues, ce qui ressort c'est le plaisir qui est recherché et ceci apparaît évident et facilité en quelque sorte par la situation sociale actuelle dans laquelle vivent les jeunes. Ce qui me semble être prédominant, c'est l'usage récréatif où "l'on se saute" par rapport à un usage pour camoufler ou traiter un malaise ou un trouble relié à sa personnalité. Cette distinction devient importante lorsqu'il s'agit de suggérer un traitement. La violence est apparue de façon très évidente dans le monde de la drogue au cours des dernières années de sorte que le mot drogue lui-même suscite beaucoup de peur. Ainsi, tous les intervenants auprès de la jeunesse apparaissent souvent désemparés dès que la problématique drogue surgit. Cette peur et aussi cette ignorance du phénomène s'expliquent en partie par le fait que les ressources existantes il y a 20 ans, lors de l'apparition de la première "épidémie" de problèmes reliés à l'usage de drogues par les adolescents, n'y sont plus. À une période où le plaisir est très valorisé et où l'usage de drogues est privilégié dans son sens

récréatif, il est compréhensible alors que la cocaïne soit valorisée comme drogue de choix. Au cours des années '90, nous entendrons beaucoup parler des répercussions de l'usage de la cocaïne chez l'individu, de ses répercussions à long terme et beaucoup d'articles scientifiques, présentement publiés dans les revues médicales, traitent des répercussions de l'usage abusif de cocaïne sur le foetus.

4.2 La problématique de la sexualité

Que de chemin parcouru dans la compréhension de la sexualité adolescente depuis une quinzaine d'années. Il faut se rappeler les travaux de Sorenson au début des années '70 qui nous avaient décrits, à ce moment-là, cette nouvelle sexualité adolescente. Les travaux de Sorenson, de même que les travaux de Zelnik et Kantner, ont été repris par la suite par d'autres chercheurs dans les différents pays occidentaux et ils ont tôt fait de démontrer que cette pratique sexuelle des adolescents était la même un peu partout en Occident. Nous découvrions alors que la moitié des adolescents sont actifs sexuellement et que la moitié de ceux-ci sont bien protégés lors de leurs relations sexuelles. Le type de relations qu'ils établissaient entre eux étaient de type monogamie en série, ce qui signifie qu'il ne s'agissait pas d'une sexualité gratuite mais d'une sexualité dans un contexte d'une relation affective entre deux individus. Nous avons répondu à cette réalité en créant des programmes d'accessibilité à la contraception, des programmes de suivi contraceptif parce qu'on a, à ce moment-là, découvert que la confiance à la prescription contraceptive était tout à fait particulière chez les adolescents. Des programmes ont également été créés pour la prise en charge des échecs à la contraception, c'est-à-dire la prise en charge de l'adolescente enceinte et la mise sur pied de programmes spécifiques pour les adolescentes optant pour l'avortement.

Depuis, qu'est-il advenu de cette sexualité adolescente? Je dirais que présentement la sexualité normale adolescente est une sexualité peut-être plus prudente. Il est évident que le spectre des MTS avec le risque d'infertilité en découlant et celui de la mort reliée au SIDA ont eu un effet sur l'activité sexuelle des adolescents et sur le nombre de partenaires qu'ils auront. Malgré cela il demeure que la génération présente des adolescents auront eu, à l'âge de 20 ans, probablement plus de partenaires sexuels que leurs parents en auront eus durant toute leur vie. Ce plus grand nombre de partenaires sexuels évidemment entraîne un plus grand risque de contracter des maladies transmissibles sexuellement.

Différentes situations cliniques font ressortir certains aspects pathologiques de cette sexualité adolescente. Il y a chez certains une sexualité beaucoup trop envahissante avec effet inhibiteur au plan du développement de l'adolescent et on parlera chez certains d'une sexualité envahissante "désidentificatoire". L'adolescent est l'autre, il n'est plus lui et il est préoccupé par cette sexualité envahissante. Il pourra négliger d'autres tâches qu'il a à accomplir durant cette période de l'adolescence. Chez d'autres, on retrouvera une sexualité vide de sens, une sexualité de soumission ou l'adolescent ne retrouve plus de signification à sa sexualité. Cette situation est souvent le résultat d'un engagement trop prématuré dans des activités sexuelles avec l'autre. D'autres adolescents traverseront leur adolescence sans ressentir les pulsions sexuelles normales retrouvées à cet âge. Ce sous-groupe comprend certaines adolescentes partiquant intensivement des sports, tels le jogging et le ballet, et celles présentant des dysfonctions alimentaires. Et, finalement, il existe toujours une sexualité d'exploitation à l'adolescence, laquelle est rémunératrice et dont les risques sont bien connus.

À l'aube des années '90, ce qui ressort davantage de la pratique sexuelle de l'adolescent ce sont les risques reliés aux maladies transmissibles sexuellement et l'incidence élevée d'infections à Chlamydia en est un témoin évident. Associé aux MTS, avec son spectre de l'infertilité, il y a évidemment le spectre de la mort reliée au SIDA. Ces situations nouvelles nous obligent maintenant à approcher la contraception en favorisant l'usage d'une double protection. Il faut utiliser un moyen contraceptif efficace pour prévenir les grossesses et, dans ce sens, les anovulants demeurent encore le meilleur moyen existant; puis vous devez penser à une protection contre les risques de MTS et le condom, à cet effet, a été très valorisé au cours des dernières années comme moyen pouvant prévenir les MTS.

4.3 Les dysfonctions alimentaires

Les dysfonctions alimentaires comprennent l'anorexie mentale primaire, la boulimie comme partie de l'anorexie mentale primaire et la boulimie nerveuse isolée. Maintenant la prévalence de ces maladies est mieux connue, de même que les moyens d'arriver à poser le diagnostic. Les programmes de prises en charge de ces patients sont existants et plus accessibles. Il existe par contre une morbidité qui apparaît plus évidente maintenant au cours du suivi à long terme de ces patientes et à laquelle nous devrons apporter des solutions au cours des années 90. Ces jeunes patientes présentent des déficits évidents au niveau de leur investissement affectif, soit au plan de leur vie amoureuse, laquelle devient extrêmement difficile à actualiser puisqu'elles éprouveront des difficultés importantes au début de la vingtaine dans leur capacité d'être en relation avec une autre personne. De même, au plan de leur

choix de carrière, elles éprouvent des difficultés à s'orienter, à choisir, à développer une identité professionnelle. Même si elles réussissent bien en classe, elles peuvent être mal à l'aise devant cette difficulté à s'identifier à travers une carrière, une profession.

4.4 Les maladies chroniques

Très brièvement, concernant les maladies chroniques, je soulève les difficultés de l'accueil aux handicaps et aux handicapés dans un monde de compétition et de rendement indispensable. L'handicapé devient handicapé par ces nouveaux phénomènes de société. Beaucoup plus de jeunes, porteurs de maladies chroniques, survivent avec des difficultés nouvelles et moins connues envers lesquelles ils nous faut être accueillant, ouvert et surtout inventif et audacieux.

Repousser l'échéance de la mort chez certains jeunes porteurs de maladies chroniques, c'est aussi s'obliger à l'affronter à un autre moment. Il se crée ici des situations cliniques nouvelles et avec lesquelles nous devons composer avec créativité. Les solutions ne sont pas connues, on doit les inventer. Il demeure que notre responsabilité fondamentale vis-à-vis les gens, porteurs de maladie chronique, c'est de les intégrer dans notre société, de leur accorder une place importante plutôt que de les marginaliser. Cette tâche est rendue difficile dans le contexte d'une société qui privilégie la compétition et qui crée de nombreux contingentements.

4.5 Les enfants de la performance

La dernière problématique que je voudrais discuter dans le contexte de l'arrivée des années '90 est la problématique reliée à la performance. Qu'en est-il de ces enfants, de ces jeunes de la performance? Ces enfants de l'excellence, ou plus précisément ces enfants performants, présentent un style de vie particulier duquel jaillira, chez certains, une pathologie, encore-là, particulière. Je veux mentionner le syndrome de la médaille d'or, de l'obligation de réussir chez ces enfants performants. Le syndrome de la médaille d'or, tel que je l'entends, a été décrit pour la première fois dans les médias européens lors du déroulement des jeux olympiques de Los Angeles en 1984. Ces jeux olympiques ont valorisé le gagnant, i.e. le premier. L'important c'était de gagner et on avait de mémoire que pour le médaillé d'or. L'argent, le bronze et la participation n'avaient plus la même signification positive qu'auparavant. L'accent sera désormais mis sur la performance et la nécessaire recherche de la victoire; ce virage marquera les années qui suivront. Les récents jeux de Séoul, en 1988, vont nous révéler une conséquence peut-être inattendue de cette recherche à tout prix de la victoire, ce sera les jeux de la tricherie. La disqualification du sprinter canadien Ben Johnson, pour cause de dopage, constitue un fait majeur de ces jeux et peut être considéré comme une conséquence de ce syndrome de la médaille d'or, i.e. de la recherche absolue de la victoire.

Après les jeux de 1984, cette valorisation du gagnant sera récupérée par les milieux politique, médiatique et de la publicité. L'avenir bouché par les adolescents des années '70 et du début des années '80, conséquence, entre autres, de la crise économique que nous avons connue,

avait conduit bon nombre d'adolescents à décrocher et à privilégier la recherche du plaisir immédiat. Les milieux politiques tenteront, durant ces années, de mobiliser et de récupérer cette jeunesse en les invitant plutôt à se projeter dans des modèles d'excellence. On a alors présenté aux adolescents des modèles de réussite en privilégiant des gagnants.

Les nouveaux stress sociaux de la fin des années '80, soit la nouvelle réalité des contingentements, la compétition omniprésente, constante et parfois sauvage et le non-emploi pour l'après-adolescence allaient créer un contexte psychosocial particulier favorisant cette pression nouvelle de l'obligation quasi vitale de réussir. La littérature populaire va pulluler d'ouvrages sur l'excellence, sur des modèles à suivre, sur des recettes miracles pour être gagnant. On délaissera les perdants et partout on ne voudra travailler qu'avec les gagnants. Toutes les institutions, incluant certains centres d'accueil pour adolescents en difficulté, développeront des programmes spéciaux et particuliers adaptés aux meilleurs bénéficiaires. La tendance est claire et évidente pour les administrateurs : "il faut travailler pour avoir des gagnants, ainsi nous serons primés". Ce moment coïncide avec l'apparition d'une tendance accrue au décrochage scolaire par bon nombre d'adolescents présentant des difficultés et on note, à cette période, que des efforts seront faits par certains dirigeants pour amener ces adolescents dérangeants à se retirer officiellement de l'école afin d'améliorer les statistiques de leur institution. Les budgets des diverses institutions en période de crise seront en partie majorés en fonction de la performance de ses administrateurs. Tous les moyens sont alors bons pour certains. C'est le taux de réussite institutionnel qui sera désormais important.

Cette valorisation de la réussite va créer une situation particulière où, dans un contexte de dénatalité, tout sera mis en oeuvre pour que chaque enfant soit un vainqueur. Les années actuelles nous permettent de rencontrer ces enfants de l'excellence et de la performance, placés dès leur jeune âge et "parfois à leur conception même", sur une trajectoire d'excellence. Les familles ont peu d'enfants mais celui (ou ceux) qu'il a (ou ont) devra (devront) être le (ou les) meilleurs (s) et s'affirmer en tout lieu et en tout temps. Cette réalité a été très justement décrite d'ailleurs par le cinéaste québécois André Melançon dans son film "Les Vrais Perdants".

Quelques mots sur ce que ces enfants nous montrent en clinique. Les enfants de la gymnastique m'ont, quant à eux, surtout étonné par leur grande tolérance à la souffrance physique, par leur discipline inqualifiable, par leur nécessaire dépassement constant, par leur fidélité à répondre aux prescriptions de leur entraîneur, par leur silence, lequel reflète le plus souvent un espèce de sentiment d'interdiction d'exprimer ce qu'il ou elle ressent. On n'a pas le droit de trébucher dans ce milieu et souvent l'enfant sera en plus limité dans ses apports alimentaires puisque, depuis les performances de Nadia Comanechi, aux Olympiques de '76, il est devenu évident que c'est en étant petite et mince que les chances de performer sont meilleures. Plusieurs jeunes athlètes de sexe fémnin présenteront un retard dans leur développement biologique avec un ménarche différé, conséquence de leurs activités physiques intenses et d'une limitation dans leurs apports caloriques quotidiens.

Ces enfants m'ont fait découvrir une réalité toute nouvelle, celle de leur retraite à 16-18 ans. Voici des modèles d'enfants programmés depuis leur jeune âge qui atteignent leur sommet professionnel durant

leur période prépubère ou au début de leur puberté et qui se retirent dans les premières années de leur postpuberté. Cette retraite leur est difficile puisqu'elle signifie leur abandon par un système qui leur a permis de se développer une identité. Ils sombrent soudainement dans l'oubli ou empruntent l'alternative de devenir instructeur dans ce même milieu.

Les "super performants" au plan académique, eux, se butent à un difficile objectif, soit celui d'obtenir une note supérieure à 100 %. Certains y parviennent en obtenant des notes en bonus. À la fin de l'adolescence, cette recherche de l'excellence académique sera alimentée, entre autres, par l'obsession d'avoir une cote Z supérieure aux autres afin de pouvoir être accepté partout à l'université. Tous les moyens pour y parvenir sont permis, ce qui comprend le sacrifice de sa spécialisation normale d'adolescent, la tricherie comme nous l'avons connue lors de certains examens du ministère de l'Éducation au Québec, au printemps '88, lesquels ont dû être annulés parce que des étudiants en avaient obtenu des copies clandestinement, la violence dans le réseau de communications entre amis où l'on se fournit des fausses informations afin que l'autre obtienne une note inférieure à la sienne et la recherche d'un milieu scolaire où la note du groupe sera basse afin d'avoir un écart plus grand par rapport à cette note, ce qui avantage la cote Z de l'étudiant.

Mes observations personnelles de clinicien auprès de ces sous-groupes d'adolescents m'ont permis d'identifier certains problèmes issus de cette recherche de l'excellence et je vous énumère ces quelques problèmes, lesquels représentent une morbidité nouvelle, retrouvée présentement en clinique. Au premier contact de ces adolescents, ce qui m'étonnera est

leur agenda chargé; ils n'ont pratiquement jamais de trous dans leur agenda et passent constamment d'une activité planifiée à une autre, toujours pour leur bien et leur enrichissement personnel diront les parents. Leurs journées et leurs semaines sont remplies, il n'y a pas de pause sauf les jours fériés. Parfois, cette obligation d'être à un endroit déterminé et d'être actif m'amène à constater deux autres faits : leur confiance presque aveugle aux prescriptions de leur responsable, ils font tout tel que demandé et de mieux en mieux, le droit de dissension n'est pas évident pour eux; le farniente ne leur est pas permis et plusieurs se perçoivent comme incapables de ne rien faire. L'oisivité durant l'adolescence peut être créatrice et permettre aux adolescents de débattre entre eux de questions existentielles importantes à aborder à cet âge. L'oisivité de l'adolescent est, pour plusieurs adultes et parents, synonyme de risque de sombrer dans des troubles de la conduite, tels la délinquance, l'usage et l'abus de drogues, la pratique hâtive d'une sexualité à risques, etc. Lorsque l'adolescent se place ou est placé sur un cheminement d'excellence, n'importe quel soit-il, son entourage d'adultes se réjouira de le savoir écarté de cette oisivité.

La socialisation de ces adolescents, dans leur contexte particulier, prend la forme d'une socialisation que je qualifie de spécialisée, ils n'ont de temps que pour ceux et celles qui vivent la même situation qu'eux et cette socialisation, le plus souvent, se fait sur le chemin entre l'école et le gymnase, entre l'école et le cours de ballet, le cours de musique ou l'aréna, dans l'autobus ou l'auto d'un parent.

Ces enfants performent habituellement très bien au plan scolaire, leur apprentissage se fait de façon très technique; ils fonctionnent de fait comme des techniciens de l'apprentissage et, souvent, ils apparaissent

déficients au plan de la créativité. Ils reproduisent à la perfection ce qu'on leur a enseigné mais, devant une tâche requérant de la créativité, ils peuvent décevoir.

Le burn-out à 15-16-17 ans, voici une nouvelle entité que l'on retrouve chez ces adolescents performants. Ils peuvent de plus être fragilisés par un problème personnel ou familial et "cassent" complètement. Leur performance décline, ce qui est très mal perçu par son entourage, et ils deviennent incapables de surmonter ces difficultés. Une pause leur sera nécessaire et, le plus souvent, leur sera salutaire, soutenu par des intervenants hors de leur milieu professionnel.

Une autre constatation est l'absence de plaisir que semblent éprouver ces adolescents à travers toute leur activité; leur réussite est une tâche, leur succès une nécessité. Ils s'y adonnent avec tellement d'obsessivité et le plaisir ressenti à la réalisation de cette tâche n'est pas évident peut-être parce que la souffrance a été très grande.

Enfin, ce qui ressort beaucoup à l'observation de ces sous-groupes d'adolescents est la présence chez certains d'un déficit au plan du développement de leur identité. Ils la réalise et l'intègre à partir de leur activité centrale, ils se réalisent par les autres et non par eux-mêmes. Une fois que l'on aborde cet aspect de leur pesonnalité, en entrevue avec eux, ils affichent souvent une grande vulnérabilité. Ils ressentiront parfois un grand vide, ayant l'impression d'être un rien et de n'avoir, durant leur existence, que réalisé des objectifs prescrits par d'autres.

5. CONCLUSIONS : NOS RESPONSABILITÉS ÉTHIQUES FACE À LA PROCHAINE GÉNÉRATION

J'emprunte bien volontairement cette phrase à mon ami Hubert Doucet, bioéthicien à l'université Saint-Paul d'Ottawa, laquelle servira prochainement comme thème de publication d'un recueil de textes sur l'éthique. Après avoir discouru sur les problèmes de santé, présentés par les adolescents et les jeunes adultes, après avoir discuté des facteurs agissant sur la survenue de ces problèmes et engagés que nous sommes comme acteurs pour agir auprès de cette population-cible, j'ai pensé conclure en considérant nos responsabilités éthiques face à cette génération montante.

Je pense que nous devons comprendre que nous, comme génération, détenons un immense pouvoir sur la génération qui vient. Nous avons le contrôle sur elle, nous avons une sécurité d'emploi et financière, auquel les jeunes actuels ne peuvent espérer. Nous devons leur permettre d'accéder à l'exercice du pouvoir, nous devons leur donner espace, lieu et temps pour agir, nous devons encourager leur créativité, nous devons les inciter à cette créativité, leur permettre de l'actualiser. Nous leur avons permis et les avons ouvert à plus de choix pour leur avenir, ils ont un plus grand pouvoir de choisir mais les contingentements, entre autres, ont rendu plusieurs de ces choix vides. De même, nous leur offrons un monde où il existe un grand vide affectif.

Une responsabilité qui nous incombe comme intervenant auprès de la jeunesse consiste à reconnaître leur droit d'être, de leur accorder une place spécifique à eux dans notre société, de leur permettre un développement harmonieux, d'améliorer leur condition d'existence, nous permettant ainsi de s'améliorer de génération en génération.

Il faut savoir les observer, décoder leurs difficultés et concevoir un système de soins adapté à leurs réalités et à leurs besoins. Il nous faut être attentif, ouvert et flexible. Il faut être honnête envers toute la jeunesse, envers ceux qui réussissent comme envers ceux qui échouent et ceci m'inquiète parce que le milieu compétitif dans lequel les jeunes évoluent présentement peut facilement les conduire à oublier les marginaux et les blâmer bêtement pour leur échec tout en les excluant. Il semble exister présentement deux classes : les privilégiés et les exclus. Ces deux catégories de gens devront cohabiter dans notre monde futur et nous devons permettre le contact entre eux.

Nous devons soutenir les familles dans ce nouveau contexte d'une plus grande dépendance économique de notre jeunesse envers elle. Pour plusieurs jeunes adultes, leur famille leur sert aussi comme soutien affectif prolongé. Pour réussir on a besoin d'un milieu protégé et aimant, duquel on dépendra peut-être plus longtems; le sevrage de ce milieu pourra être difficile pour certains. Il deviendra difficile d'actualiser la nécessaire mise à distance de ses parents dans un contexte où notre période de dépendance économique envers elle se prolonge.

Il faut leur fournir, à cette jeunesse, des services bien adaptés, ajustables en tout temps, gratuits et les rendre attrayants et efficaces pour qu'ils y aient recours et y aient confiance.

C'est ce que m'a inspiré le thème de ce colloque et je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de m'inviter.

MTS : L'ÉPIDÉMIE QUI NE LÂCHE PAS

Le problème médical des MTS

Quelques situations particulières à considérer

Ce qui devrait être fait dans nos institutions

CONFÉRENCE PRONONCÉE LORS DU COLLOQUE
LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2 000
TENU À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
LE 25 MAI 1989

PAR

Monsieur Marc Steben, M.D.
Service de santé
Université de Montréal

Le problème médical des MTS

Jusqu'à 25 % des adolescents (13-19 ans) auront vécu une grossesse non désirée et/ou une maladie transmissible sexuellement (MTS) durant son adolescence.

Cette épidémie catastrophique aura des répercussions très importantes sur notre société de demain, non seulement à cause des complications physiques comme douleurs, opérations, hospitalisations, mais aussi à cause des complications de plusieurs ordres :

- complications sexuelles : appréhension, douleurs pelviennes, chirurgies multiples;
- complications sociales : femmes infertiles;
- complications politiques : accessibilité aux nouvelles technologies de la reproduction;
- complications démographiques : hécatombe des bébés extra-utérins, infertilité.

Donc, il ne faut pas sous-estimer l'importance des complications non physiques des MTS.

Et, fait encore plus inquiétant, en regardant l'univers des MTS, c'est que la "swamp" grossit (de plus en plus de porteurs qui ne le savent pas) et les alligators (les maladies) sont de plus en plus gros et nombreux : certaines maladies n'ont pas de vaccin préventif ou de traitement efficace comme c'est le cas pour le VIH et les condylomes acuminés.

Si on regarde la plus fréquente de ces maladies, la chlamydia, elle ne fait plus rire, elle est fréquente, elle est sournoise (10 % des filles qui se sont présentées à la clinique d'avortement du CHUL ont eu un test de la chlamydia positif). Ce qui est le plus grave avec la chlamydia, c'est que lorsqu'on est infecté, plus on est jeune, plus on a de risques d'avoir des complications. Il y a dix fois plus d'hospitalisations pour une fille infectée de 15 ans comparée à une fille de 25 ans. Et les traitements sont coûteux et non gratuits.

La deuxième infection dont on discutera, ce sont les condylomes. Ils sont de plus en plus fréquents. Ils sont sournois (souvent ne peuvent apparaître que microscopiquement sur le Pap test) ou ils sont évidents et difficiles à traiter. Ces traitements sont essentiellement des traitements destructeurs des tissus infectés, soit la cryothérapie, la cautérisation ou le laser.

La troisième infection dont on discutera c'est le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). On en parle peu avec preuves à l'appui à l'âge de nos étudiants. Oui il y a des chlamydiens, des condylomiens adolescents qu'on connaît, mais pas de SIDÉENS ou des séropositifs.

Bien qu'aux États-Unis c'est le groupe de 15-19 ans qui a l'augmentation la plus rapide de la séroconversion au VIH, la phase terminale de l'infection VIH, que l'on appelle SIDA, dans nos statistiques apparaît 5 à 10 ans plus tard et ces statistiques ne sont plus cités dans la colonne des adolescents mais plutôt dans la colonne des adultes. De plus, le ratio homme/femme de porteurs de VIH chez les adolescents est de 3/1, alors qu'il est plutôt de 7/1 à 15/1 chez les adultes. Moins de 15 % des étudiants du postsecondaire au Canada ont indiqué que la peur du SIDA les empêchait d'avoir des relations sexuelles et moins de 20 % de

ces étudiants utilisaient toujours les condoms. Pourtant, le SIDA est considéré par eux comme le problème social, qui confronte les 15-24 ans, le plus sérieux au Canada (avant le chômage, la drogue, le suicide, la famille, le nucléaire et la pauvreté).

Quelques situations particulières à considérer

La contraception

a) Pour la chlamydia, non seulement la pilule contraceptive ne protège pas des MTS, mais elle rendrait l'acquisition de la bactérie encore plus facile en modifiant l'épithélium du col. Aussi, la pilule masquerait les symptômes de complications de salpingite par ses effets relaxants sur le muscle lisse de l'utérus par la progestérone contenue dans la pilule.

b) Pour les nouveaux couples qui utilisent une méthode de contraception telle la pilule contraceptive ou le stérilet, il y a un effet anti-condom de cette première méthode : comme on prévient déjà la grossesse, on est moins porté à se protéger contre les MTS; par conséquent, on n'utilise pas le condom.

c) Quand quelqu'un consulte pour un problème de contraception, il y a presque toujours un manque de protection contre les MTS : par exemple la fille qui vient pour la pilule du lendemain ou un avortement, devrait entendre parler de dépistage des MTS et de l'utilisation du condom. Dans un contexte de consultation non planifié par un étudiant, il faudrait penser dépistage ou éducation sur les MTS.

d) Quand une jeune fille consulte pour contraception, renouvellement de prescription, une attention particulière devrait être apportée au dépistage et à l'éducation anti-MTS.

Les psychotropes (alcool-drogues...)

La consommation des psychotropes par les étudiants de nos institutions est importante. On sait que, pour plusieurs personnes, l'abus de ces psychotropes a un effet désinhibant sur la sexualité, les mettant alors à risque d'acquisition de MTS. Et n'oublions pas que, pour certains psychotropes, certaines personnes feront de la prostitution (drugs for sex and sex for drugs).

De plus, la consommation de drogues intraveineuses donne un mode supplémentaire d'acquisition de certaines MTS comme le VIH, l'hépatite B, la syphilis.

On sait, par certaines études, que plus les gens sont actifs sexuellement, plus leur consommation d'alcool et de cannabis est élevé. D'où la nécessité de bien présenter la consommation de phychotropes comme risque d'acquisition de MTS et VIH et risque d'abandon de moyens de prévention.

Phénomène du changement

Chez les jeunes, le modelage par les pairs et la pression de la norme sociale sont très importants. On doit donner des outils pour résister ou négocier lors des situations à risque pour la santé. Non seulement nous devons aider à modifier les croyances en rapport avec la santé,

mais aussi nous devons créer et supporter un environnement social qui encourage et supporte la prise de mesures propices à favoriser la santé.

Le modèle de Fishbein sur la prédiction des comportements démontre qu'il est important de connaître les attitudes face au comportement, les attentes face à l'entourage et la motivation de l'individu à se conformer à ces attentes.

Il faut donc travailler à un niveau communautaire et social pour favoriser l'adoption de comportements préventifs ou l'abandon de comportements à risque car, margré ce qu'ils savent, ils continuent de s'exposer.

<u>L'éducation par la peur</u>

Il est important de savoir que les campagnes de la peur ont des limites qui ont déjà été atteintes.

<u>Le manque d'habileté</u>

Si les MTS et le SIDA (et les grossesses) arrivent ce n'est pas par manque d'information mais plutôt par une piètre habilité à résoudre des problèmes (sexual decision making) : on bourre le crâne mais on ne l'applique pas à des situations qui seront vécues tôt ou tard par les étudiants.

Les outils disponibles

Les outils fournis par le ministère de la Santé et des Services sociaux sont des outils de base auxquels on doit greffer nos outils locaux construits avec l'aide des étudiants qui connaissent la réalité locale.

La sexualité

La sexualité humaine unique n'existe pas. Les hommes sont très performants sexuellement, ne consultent jamais, ne se sentent pas concernés et sont rarement responsabilisés, donc on les oublie.

La sexualité a des caractéristiques de spontanéité, de recherche, de pulsions, de plaisirs (faut pas le cacher). Il n'y a que trois raisons pour le sexe :

- faire des enfants (1 ou 2 fois dans notre vie);
- faire de l'argent et c'est loin d'être le cas de la majorité;
- pour le plaisir et les contacts humains.

Quels sont les prémisses au changement de la situation actuelle?

Premièrement, il faut que la réduction des MTS et du SIDA soit une priorité reconnue de nos ministères et que les 21 millions de dollars promis à la lutte contre le SIDA se concrétisent de même que l'inscription d'objectifs en MTS et SIDA se traduisent par une disponibilité de ressources adéquates aux ministères concernés (MSSS, MEQ, MESS).

Le manque relatif de coordination entre les ministères responsables d'éducation et ceux responsables de la santé, d'après des participants à une conférence sur la santé des étudiants (Échange 88), est un des problèmes majeurs de la lutte aux MTS chez les jeunes. De plus, dans les autres provinces, les ministères de l'Éducation ont un rôle de leadership beaucoup plus évident.

Deuxièmement, il faut que la prévention des MTS et du SIDA soit intégrée dans un long processus global d'éducation sexuelle qui commencerait à la maternelle par la prévention des abus sexuels qui, plus tad, parlerait des modifications corporelles à la puberté et qui aboutirait non seulement à la prévention de la grossesse, des MTS et du SIDA, mais aussi de l'égalité des sexes, de l'abolition des stéréotypes, de la prévention des abus sexuels et du respect des modes sexuels des individus de notre entourage à l'adolescence.

Troisièmement, il faut que le ton soit positif et constructeur.

Trop souvent, on entend sexe égale SIDA, SIDA égale mort, donc sexe égale mort.

Il faut pouvoir balancer dans nos discours sexualité et sentiments sexuels normaux. Les messages d'éducation actuels ne sont pas écoutés car les forces médiatiques véhiculent exactement le contraire. Il y aurait 1 500 fois plus de messages sexuels implicites que de messages éducatifs dans la publicité, les chansons, les films auxquels sont exposés les jeunes d'aujourd'hui.

Ce qui devrait être fait dans nos institutions

Surtout, ne pas croire l'étude qui dit que le sexe est la onzième préoccupation des jeunes canadiens justifiant ainsi notre immobilisme québécois par cette donnée. Il faut beaucoup de choses :

- Être conscient des faits;

- Être conscient des limites de nos programmes;

- Développer un réseau de travail : médecins, infirmières, département de santé communautaire, centre local de santé communautaire, bureaux privés, professeurs, étudiants, ministères, universités, etc.

- Se donner des objectifs raisonnables et les évaluer;

- Se créer des programmes, des activités et des outils pour répondre aux besoins particuliers locaux et ne pas oublier de les évaluer;

- Des facilités de drop-in, walk-in et de suivi accessibles aux jeunes;

- Des facilités ou disponibilités pour des médicaments gratuits (ex. : CHCD, CLSC, organismes communautaires, échantillons médecins);

- Augmenter la disponibilité ou l'accessibilité des condoms par la vente dans nos institutions ou la distribution d'échantillons;

- Augmenter la disponibilité de services à l'intérieur et à l'extérieur de nos établissements;

- Discuter des risques selon les types d'activités sexuelles différentes;

- Miser sur le développement des qualités personnelles des jeunes, notamment sur l'aptitude à prendre des décisions responsables et de communiquer avec les autres.

- Avoir nos politiques locales à propos des MTS et du SIDA.

Conclusion

Tant que des vaccins et des traitements efficaces contre le VIH et les principales MTS ne seront pas découverts, il faudra investir massivement dans la prévention.

J'espère que cette crise des MTS et du SIDA nous permettra et nous aidera, ainsi que nos étudiants, à cheminer non seulement vers une sexualité responsable sans accident de parcours, mais aussi vers une sexualité épanouissante autant pour les femmes que pour les hommes.

LE SIDA : POUR UNE POLITIQUE DANS NOS ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCE PRONONCÉE LORS DU COLLOQUE
LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2 000
TENU À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
LE 25 MAI 1989

PAR

Madame Catherine Hankins, M.D., M.Sc., F.R.C.P. (c)
Coordonnatrice et médecin épidémiologiste
Centre d'études sur le SIDA
Département de santé communautaire
Hôpital général de Montréal

Problématique

Au Canada, plus de 3 000 cas de SIDA ont été déclarés depuis le début de l'épidémie. Il est probable que les établissements d'enseignement ont, parmi leurs étudiants, professeurs, cadres scolaires et autres travailleurs, des individus infectés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH). L'étude sur les jeunes canadiens face au SIDA, réalisée par l'équipe de l'université Queens à Kingston, a révélée qu'au niveau du secondaire V, 46 % des filles et 49 % des garçons avaient déjà eu des relations sexuelles avec pénétration. De plus, au Québec, 61 % des élèves de secondaire V qui étaient actifs sexuellement avaient eu au moins deux partenaires sexuels. Au niveau des cégeps ou de la première année d'université au Canada, parmi ceux ayant indiqué qu'ils ont souvent des relations sexuelles, seulement 19 % des étudiants et 11 % des étudiantes ont dit toujours utiliser le condom avec leur partenaire sexuel(le).

Les établissements d'enseignement ont la responsabilité comme employeur et comme établissement d'éducation d'élaborer des politiques sur le SIDA.

L'émergence de cas, en particulier chez les étudiants ou chez les professeurs, peut provoquer des situations de crise, voire de panique. Dans de telles situations, les réactions émotives peuvent prendre le dessus sur la réflexion et les prises de décisions éclairées.

Il apparaît donc important de susciter une réflexion et des prises de décisions lucides et éclairées au sein des établissements d'enseignement avant que ne surgissent des états de crise. Avec des outils comme une politique et des règles en découlant, les situations provoquées par les

Problématique

Au Canada, plus de 3 000 cas de SIDA ont été déclarés depuis le début de l'épidémie. Il est probable que les établissements d'enseignement ont, parmi leurs étudiants, professeurs, cadres scolaires et autres travailleurs, des individus infectés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH). L'étude sur les jeunes canadiens face au SIDA, réalisée par l'équipe de l'université Queens à Kingston, a révélée qu'au niveau du secondaire V, 46 % des filles et 49 % des garçons avaient déjà eu des relations sexuelles avec pénétration. De plus, au Québec, 61 % des élèves de secondaire V qui étaient actifs sexuellement avaient eu au moins deux partenaires sexuels. Au niveau des cégeps ou de la première année d'université au Canada, parmi ceux ayant indiqué qu'ils ont souvent des relations sexuelles, seulement 19 % des étudiants et 11 % des étudiantes ont dit toujours utiliser le condom avec leur partenaire sexuel(le).

Les établissements d'enseignement ont la responsabilité comme employeur et comme établissement d'éducation d'élaborer des politiques sur le SIDA.

L'émergence de cas, en particulier chez les étudiants ou chez les professeurs, peut provoquer des situations de crise, voire de panique. Dans de telles situations, les réactions émotives peuvent prendre le dessus sur la réflexion et les prises de décisions éclairées.

Il apparaît donc important de susciter une réflexion et des prises de décisions lucides et éclairées au sein des établissements d'enseignement avant que ne surgissent des états de crise. Avec des outils comme une politique et des règles en découlant, les situations provoquées par les

cas de SIDA seront mieux vécues et contrôlées nonobstant les sentiments et intérêts des personnes concernées, lesquels seront toujours présents.

Puisque l'élaboration d'une politique sur le SIDA est en soi un processus d'éducation et de sensibilisation, il est recommandé que chaque établissement élabore sa propre politique en consultant des modèles disponibles au Canada et dans d'autres pays. Le fait d'adopter carrément la politique d'un autre établissement en sautant ainsi plusieurs étapes de sensibilisation ne peut que nuire au sentiment d'appartenance face à une politique. Pour cette raison des lignes directrices pour le développement d'une politique sur le SIDA seront présentées au lieu de présenter une politique modèle. Avec ces lignes directrices, les établissements d'enseignement pourront élaborer leurs propres politiques sur le SIDA en tenant compte des aspects fondamentaux de la question.

Stratégie

Le premier pas essentiel est de s'assurer de bien identifier les publics-cibles concernés par le SIDA en rapport avec l'établissement d'enseignement. Parmi ceux-ci, on devrait retrouver les étudiants, les professeurs, les directeurs de départements, le personnel professionnel, le personnel de soutien, le/les syndicat(s) et le conseil d'administration de l'établissement d'enseignement. Le deuxième pas serait d'identifier des ressources en dehors de l'établissement qui pourraient aider à l'élaboration de la politique. Celles-ci pourraient inclure le chef du département de santé communautaire, des experts médicaux en SIDA, des infirmières, des travailleurs sociaux, le Centre fédéral sur le SIDA, l'Association de santé publique canadienne, etc. Enfin, il faudrait

identifier ceux qui sont indirectement touchés et hors de l'établissement d'enseignement comme le public en général, les médias et les législateurs.

Après avoir identifié ces publics-cibles, il faut tenter de déterminer l'intérêt spécifique de toutes les personnes et la manière de concilier tous ces intérêts tout en y répondant. Il faut se poser la question : comment équilibrer le droit de toutes les personnes concernées dans la structure d'une politique? La meilleurs façon de procéder est d'élaborer un processus de consultation, de discussion, de réflexion et d'orientations stratégiques qui aboutira à la formulation la plus juste et la plus balancée possible des droits et des intérêts de toutes ces personnes.

Afin d'assurer l'élaboration d'une politique la plus acceptable possible par l'ensemble des publics-cibles, la consultation devrait inclure des experts légaux et médicaux, les départements de santé communautaire, les professeurs, les infirmières des établissements, les autres travailleurs de l'établissement, le/les syndicat(s) de l'établissement et les membres du conseil d'administration. Idéalement, l'élaboration d'une politique sur le SIDA devrait se situer à l'intérieur d'une politique plus large sur les maladies infectieuses.

Afin d'opérationnaliser l'exécution de l'élaboration de la politique, on procédera à la formation d'un groupe de travail ou d'un comité responsable relevant d'une instance supérieure. Idéalement, cela pourrait être le recteur de l'université, le conseil d'administration du collège et le conseil des commissaires d'une commission scolaire. Après avoir élaboré un premier document de travail, il faudrait procéder aux consultations

auprès des experts et auprès des départements de santé communautaire se servant de ce document comme base de discussion. Après avoir complété les consultations, on élaborera un document pour consultation interne. On structurera les consultations internes au niveau de rencontres bien organisées, on procédera à l'incorporation des changements et la finalisation d'un document de politique. Une dernière consultation avec les experts et les départements de santé communautaire consultés dans la première étape produirait un document qui serait prêt pour diffusion et marketing.

Le marketing du document de politique est très important. On suggère l'organisation d'une ou plusieurs rencontres ouvertes aux publics directement et indirectement touchés afin de mettre en place et d'expliquer la politique sur le SIDA, de démystifier le SIDA et de démontrer que l'établissement est en contrôle de la situation avec une politique claire et efficace, même en cas de crise.

Les principes d'une politique sur le SIDA découlent des principes des droits de la personne se retrouvant dans la charte des droits et libertés de la personne. Jusqu'à maintenant, aucune transmission du virus d'immunodéficience humaine n'a été établi dans le milieu de travail des établissements d'enseignement. On doit se rappeler que les seuls modes de transmission sont les relations sexuelles non-protégées, les transfusions sanguines, l'emprunt de seringues souillées et la transmission verticale de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou lors de la naissance.

Que la personne infectée soit un étudiant ou un professeur, elle a droit à la confidentialité. Il n'y a aucune raison pour qu'un étudiant ou un

professeur infecté doive révéler sa situation à un établissement d'enseignement. Quand le professeur infecté développe une maladie infectieuse qui, de routine, l'obligerait à s'absenter du travail, la tuberculose par exemple, ou qu'il devienne trop malade pour travailler, il a droit, comme pour n'importe quelle autre maladie, aux bénéfices accordés dans ce cas pour une période prolongée. Tant que l'étudiant infecté peut continuer ses études, il devrait être encouragé à le faire.

Tous les étudiants et tous les professeurs ont droit à une formation sur le SIDA pour leurs besoins personnels et pour leur rôle de multiplicateur du message de prévention dans la société en général. De plus, les moyens de se protéger devraient être accessibles. Cela veut dire que l'on devrait sérieusement considérer la possibilité d'installer des distributrices de condoms à l'intérieur de tous les établissements d'enseignement secondaire. Puisque le processus d'élaboration d'une politique face au SIDA peut entraîner l'acceptation sociale de nouvelles normes au sujet des relations protégées qui sont si importantes pour l'initiation et le maintien de comportements sains face à l'épidémie du SIDA, plus on en parlera, plus la politique sur le SIDA aura un impact réel dans la vie des personnes concernées dans l'établissement.

Conclusion

L'élaboration d'une politique sur le SIDA est en fait un processus de sensibilisation pour tous les employés et tous les étudiants d'un établissement d'enseignement. Seule la sensibilisation réduira la discrimination, protégera les droits de la personne et, en même temps, préviendra la transmission du VIH chez les membres de l'établissement.

professeur infecté doive révéler sa situation à un établissement d'enseignement. Quand le professeur infecté développe une maladie infectieuse qui, de routine, l'obligerait à s'absenter du travail, la tuberculose par exemple, ou qu'il devienne trop malade pour travailler, il a droit, comme pour n'importe quelle autre maladie, aux bénéfices accordés dans ce cas pour une période prolongée. Tant que l'étudiant infecté peut continuer ses études, il devrait être encouragé à le faire.

Tous les étudiants et tous les professeurs ont droit à une formation sur le SIDA pour leurs besoins personnels et pour leur rôle de multiplicateur du message de prévention dans la société en général. De plus, les moyens de se protéger devraient être accessibles. Cela veut dire que l'on devrait sérieusement considérer la possibilité d'installer des distributrices de condoms à l'intérieur de tous les établissements d'enseignement secondaire. Puisque le processus d'élaboration d'une politique face au SIDA peut entraîner l'acceptation sociale de nouvelles normes au sujet des relations protégées qui sont si importantes pour l'initiation et le maintien de comportements sains face à l'épidémie du SIDA, plus on en parlera, plus la politique sur le SIDA aura un impact réel dans la vie des personnes concernées dans l'établissement.

Conclusion

L'élaboration d'une politique sur le SIDA est en fait un processus de sensibilisation pour tous les employés et tous les étudiants d'un établissement d'enseignement. Seule la sensibilisation réduira la discrimination, protégera les droits de la personne et, en même temps, préviendra la transmission du VIH chez les membres de l'établissement.

Références

King, A., Beazley, R., Warren, W., Hankins, C., Robertson, A., Radford, J., Étude des jeunes canadiens face au SIDA, université Queens à Kingston, 1988.

Hankins, C., Projet de développement d'une politique sur le SIDA par une commission scolaire, Regroupement des départements de santé communautaire du Montréal Métropolitain, 1987.

Foster, W., Somerville, M., Duckett, M., Draft HIV/AIDS Policy prepared for the Protestant School Board of Greater Montreal, 1988.

Lakeshore School Board Policy, 1987.

Concordia University AIDS Policy, 1989.

LES PSYCHOTROPES

CONFÉRENCE PRONONCÉE LORS DU COLLOQUE
LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2 000
TENU À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
LE 25 MAI 1989

PAR

Monsieur Alain Pavilanis
Chef du département de médecine générale
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Professeur adjoint
Département de médecine familiale
Université de Montréal

Introduction

Cette présentation traitera de l'utilisation des psychotropes par les jeunes. C'est un domaine dans lequel ceux qui travaillent avec les jeunes ont déjà une certaine expertise.

Je vais commencer par une définition des psychotropes et de l'abus. Je vais discuter le début de l'utilisation des drogues par les jeunes et décrire les drogues qu'ils utilisent à présent. Puis je vais reprendre les particularités des différents groupes de psychotropes, surtout du point de vue d'un médecin.

Je vais finir par une discussion du dépistage et du traitement de ceux qui ont des problèmes avec la drogue.

Commençons par quelques notions de base. On définit un psychotrope comme étant une substance qui affecte la fonction mentale. Est-ce que c'est la même chose que la drogue? Cela dépend du contexte dans lequel on utilise le mot. Une drogue en principe est un médicament (comme un antibiotique ou un tranquillisant). Donc, le valium est un médicament psychotrope, prescrit par un médecin dans des circonstances spécifiques, pour un traitement spécifique.

Mais, la notion de la drogue a changée depuis les 25 dernières années. Maintenant, quand on parle de la drogue, on parle souvent des substances illégales (ou utilisées illégalement) qui ont un effet psychotrope. Alors, le valium, utilisé pour le plaisir et sans autorisation médicale, constitue une drogue psychotrope. Il est évident qu'il y a beaucoup de zones grises - est-ce l'abus de la drogue quand un professeur stressé emprunte du valium à son ami et l'utilise sans autorisation médicale?

Ce discours traitera de l'utilisation des psychotropes pour des raisons non-médicales, et surtout par les jeunes étudiants. Cela veut dire leur utilisation pour le plaisir. La ligne entre ce qui constitue l'utilisation pure et simple et ce qui constitue l'abus n'est pas claire non plus. Cette distinction est surtout philosophique et déterminée par la société.

Un dernier point en guise d'introduction : on a tendance à parler de la drogue, ou des psychotropes, comme étant des substances auxquelles on devient habitué. Mais on ne développe pas de dépendance physique à tous les psychotropes. D'autre part, on peut développer une dépendance à des substances qui ne produisent pas de changement mental. Devrait-on traiter le chocolat comme une drogue? Ou le café et le thé? Ou encore les cigarettes? Je pense qu'on peut le faire, mais clairement, ce qui nous intéresse ici est l'utilisation des psychotropes tels que je les ai déjà définis et, en plus, l'utilisation des psychotropes illégaux, ou des psychotropes légaux, pris sans autorisation médicale.

Les substances qui nous concernent le plus sont, premièrement l'alcool, puis la marijuana et le haschich et, dernièrement, les stimulants comme la cocaïne. Ce sont là les principaux psychotropes utilisés par les jeunes. Je vais mentionner, en passant, les hallucinogènes, les tranquillisants, les opiacés et les inhalants.

Origines

Avant d'entrer dans les détails de l'utilisation des psychotropes, arrêtons-nous un peu sur le comportement des jeunes. Qu'est-ce qui mène les jeunes à commencer à utiliser la drogue pour le plaisir?

L'adolescence est une période dynamique entre l'enfance et l'état d'adulte. Elle est souvent définie comme débutant à la puberté et se terminant quand le jeune assume un rôle indépendant dans la société, complètement responsable de lui-même. À ce moment, on peut considérer les étudiants de cégep et d'université comme s'approchant de la fin de leur adolescence.

Tout adolescent, quel que soit son origine, doit accomplir une série de tâches qu'on appelle les tâches psychosociales de l'adolescence.

- Il doit se séparer de sa famille;
- Il doit établir une identité sexuelle;
- Il doit formuler ses buts dans la vie et dans la carrière;
- Il doit développer son propre code moral.

La période de l'adolescence peut être anormale ou normale, mais il y a toujours des moments difficiles. Cette période peut être marquée par une lutte de la part du jeune pour établir son indépendance. L'abus des psychotropes peut jouer un rôle important dans cette lutte. L'utilisation des psychotropes est connue depuis le début de l'histoire écrite, mais leur utilisation, comme moyen de protestation, comme forme de rébellion contre l'autorité, comme moyen de libération, est une invention particulière de l'Amérique du Nord des derniers 25 ans. Bien que les jeunes à travers le monde utilisent les psychotropes, c'est en Amérique du Nord qu'ils sont toujours les plus utilisés. Et là, je reviens sur le fait qu'il y a un composant culturel très important qui détermine non seulement l'utilisation des drogues, mais aussi la définition de l'abus.

Il est donc impossible de préciser qui va utiliser les psychotropes, quand ou pourquoi. Mais, en général, l'expérimentation commence assez tôt pendant l'adolescence. Il n'y a pas de consommateur type, on trouve des consommateurs dans toutes les couches de la société.

Chacun commence pour ses propres raisons. Beaucoup en font l'essai par curiosité simple. D'autres vont utiliser les psychotropes pour soulager certains problèmes émotifs comme l'angoisse, la nervosité ou la dépression. Ceci constitue un genre d'autotraitement médical. L'ennui, qui guette toujours les jeunes, peut être à l'origine de l'expérimentation. La drogue peut donner de la confiance à un et servir d'expression d'aliénation et de révolte chez un autre.

Les jeunes, en essayant de se définir eux-mêmes, suivent l'exemple. L'utilisation de la drogue par des héros pop peut les influencer. Mais il ne faut pas oublier que l'exemple des parents compte pour beaucoup. Papa qui se saoûle et maman qui a besoin de son valium peuvent inciter le jeune à expérimenter et à trouver sa drogue à lui.

Il ne faut pas négliger l'influence du groupe d'amis du jeune. Dans sa recherche d'une identité personnelle, l'appartenance à un groupe de pairs peut être très importante. Et l'utilisation des psychotropes peut être nécessaire pour y appartenir.

Et enfin, reparlons de la société. Dans les années '60 et '70, aux États-Unis, on disait "got a headache? take a pill - si tu as mal à la tête, prends une pilule". C'était tout un commentaire sur notre civilisation - ne tolère pas tes souffrances, aie recours à la drogue. Regardons la publicité dans les journaux et à la télévision, c'est le message qu'ils continuent à passer. "Buvez de la bière pour être sociable" et ainsi de suite.

Alors, comment pouvons-nous être surpris quand nos jeunes expérimentent la drogue? Nous devons accepter que, dans notre civilisation, l'utilisation, même à l'excès, de certains psychotropes comme l'alcool et la marijuana, par des jeunes adolescents, soit devenue partie intégrale du processus de maturation. C'est donc pendant cette période sensible de l'âge de 12 à 18 ans que la majorité essaie pour la première fois des psychotropes. Dans cette période de rébellion, d'expérimentation et de découverte, c'est un moyen de s'affirmer.

Utilisation

Parlons maintenant des préférences des jeunes quant aux psychotropes. Il est clair que, dans les années '80, le psychotrope préféré des jeunes est l'alcool et surtout la bière. Je pense que les facteurs économiques ne devraient pas être oubliés dans ce choix, le prix de la bière a moins augmenté que celui des drogues illégales.

C'est surtout à partir de l'âge de 14 ou 15 ans que les jeunes utilisent la drogue. Vers le milieu de l'adolescence, environ le quart des jeunes boivent de l'alcool et fument de la mari occasionnellement mais régulièrement. Ce chiffre augmente avec l'âge. À la fin de l'adolescence, la grande majorité des jeunes ont au moins essayé ces deux substances. Il y a des études américaines qui démontrent que jusqu'à 6 % des adolescents utilisent l'alcool tous les jours. C'est exactement le même chiffre (6 %) pour l'utilisation quotidienne de la marijuana ou du haschich.

Il y a quelques points intéressants à soulever concernant l'utilisation des psychotropes depuis les 20 dernières années. Au début des années

'70, il y a eu une augmentation spectaculaire de l'utilisation des opiacés et des hallucinogènes. Vers la fin des années '70, ces substances n'étaient plus consommées que rarement.

Par contre, les années '70 ont vu une augmentation importante de la consommation de la marijuana et du haschich, avec une diminution tranquille au début des années '80. L'utilisation de la marijuana et du haschich, ainsi que l'utilisation de l'alcool, restent assez stables de nos jours.

Quant à la cocaïne, c'était toujours "la mari des riches", des classes professionnelles. Tranquillement, depuis les années '70, l'utilisation de la cocaïne augmente.

Que pouvons-nous retenir de ces tendances? Premièrement, la pandémie de l'utilisation des psychotropes par les jeunes est en train de se stabiliser. Et les jeunes ont choisi trois classes de psychotropes à retenir : l'alcool, la marijuana et le haschich et, moins souvent, la cocaïne. Tous ces produits sont nocifs pour la santé, mais au moins, en ce qui concerne l'alcool, la marijuana et le haschich, leur utilisation est tellement répandue qu'il faut accepter que cette utilisation ait été normalisée par notre civilisation.

Il y a un autre point important. Dans le passé, on disait souvent que si on tirait un joint de mari, on risquait d'embarquer dans un chemin à sens unique vers l'abus des drogues lourdes comme le LSD ou l'héroïne. Il est évident que si on ne prend jamais d'alcool, on ne peut jamais "devenir alcoolique". De même si on ne prend jamais de psychotropes on n'aura jamais de problème social ou physique avec les drogues. Mais les

données qui démontrent une augmentation de l'utilisation de l'alcool, de la marijuana et du haschich, face à une diminution de l'utilisation de tous les autres psychotropes, sauf la cocaïne, tend à discréditer la théorie de réaction en chaîne. On ne doit plus croire à l'idée que l'utilisation des psychotropes mène un grand nombre de ses consommateurs à la ruine.

Je ne veux pas, par contre, qu'on comprenne mal ce que je suis en train de dire. Je ne fais pas la promotion de la drogue. J'essaie simplement de situer l'utilisation des drogues par les jeunes dans un contexte réaliste de la société contemporaine.

Effets médicaux

Avant de procéder à une description brève de chaque classe de drogues, parlons de l'accoutumance.

Premièrement, il y a des gens qui essaient les psychotropes sans jamais développer le besoin d'en prendre. Il les prennent pour des raisons sociales, déjà discutées ci-haut. Par contre, il y a d'autres personnes qui vont développer ce besoin. Il est impossible de prévoir quelle personne va développer une accoutumance à une drogue. Mais nous pouvons dire quelles drogues provoquent quel genre d'accoutumance. Il y a des psychotropes pour lesquels on peut développer une accoutumance physique. Deux exemples typiques sont l'alcool et l'héroïne. L'accoutumance physique veut dire que si on cesse d'utiliser cette substance, on subit un syndrome de sevrage avec des symptômes physiques. On sait qu'environ 10 % des canadiens adultes sont des alcooliques et, chez ces personnes, le syndrome de sevrage, le délirium tremens, peut être sévère et même mortel. Chez les usagers de l'héroïne, l'accoutumance vient plus rapidement et plus globalement.

D'autre part, il y a des psychotropes pour lesquels on ne développe pas de dépendance physique, mais plutôt une dépendance psychologique. La marijuana et la cocaïne sont de bons exemples. La dépendance de la marijuana normalement n'est pas très sévère et souvent n'existe pas. Par contre, la dépendance psychologique de la cocaïne peut venir très rapidement. Et la dépression qui suit le sevrage de la cocaïne peut être assez sévère pour entraîner le suicide.

Un petit mot sur la tolérance : certains psychotropes, comme l'alcool, demandent des quantités de plus en plus grandes avec le temps pour avoir leur effet psychologique. D'autres, comme la marijuana, agissent avec une tolérance inversée, c'est-à-dire plus on l'utilise, moins on en a besoin pour atteindre l'effet voulu.

Et, dernièrement, il faut souligner que le risque des accidents est très élevé chez les jeunes ivres ou sous l'effet des drogues. Compte tenu du fait que les accidents sont la cause la plus importante de mortalité chez nos jeunes et sachant que dans 50 % des accidents de voiture où il y a eu une mortalité, un des chauffeurs était ivre, il faut constater que la mortalité par accident est un effet tres sérieux de l'utilisation de toute substance psychotrope.

Maintenant, je vais passer à une description des effets sur la santé des différents psychotropes. Je ferai un survol de chaque classe de substances, mais ceux qui ont des questions plus approfondies devront consulter des textes plus détaillés.

1. LE CANNABIS

- Marijuana
- Haschich
- Huile de haschich
- THC (tetrahydrocannabinol)

Effets à court terme

- Calmant
- Augmente l'appétit
- Concentration et mémoire à court terme altérées
- Perceptions sensorielles accrues
- Occasionnellement, angoisse, dépression, paranoïa
- Altération de la coordination
- Rythme cardiaque accéléré
- Rougeur des yeux
- Sécheresse de la bouche
- Somnolence

Effets à long terme

- Possible perte de motivation
- Endommage le système respiratoire (plus que la cigarette)

2. COCAÏNE

- Les autres stimulants, tels le benzédrine et autres amphétamines, ressemblent à la cocaïne

Effets à court terme

- Vigilance et énergie accrues
- Sentiment de bien-être
- Rythmes cardiaque et respiratoire rapides
- Changement de comportement possible
- Température du corps élevée, sudation abondante
- Pupilles dilatées
- Appétit limité
- Douleurs, convulsions et mort possible

Effets à long terme

- Agitation, insomnie, excitabilité
- Perte de poids, constipation
- Impuissance, difficulté à uriner
- Congestion nasale, narines gercées, perforation de la cloison des fosses nasales

3. LES HALLUCINOGÈNES

- LSD
- PCP
- STP
- Mescaline
- et autres

Effets à court terme

- Surtout des hallucinations
- Des accidents dûs aux hallucinations
- Effets physiques variables selon substance

Effets à long terme

- Peu de données
- Possibilité de "flash back"

4. LES NARCOTIQUES

- Opium
- Codéine
- Morphine
- Remèdes contre la toux (ex. : Novalistine DH)
- Autres

Effets à court terme

- Intense sensation de bien-être
- État de gratification où la faim, la douleur et les pulsions sexuelles sont absentes
- Stupeur
- Nausées et vomissements
- Constriction des pupilles
- Transpiration
- Augmentation de la fréquence de miction
- Autres
- À doses très fortes, arrêt respiratoire et mort

Effets à long terme

- Grave constipation
- Contraction des pupilles
- Humeur changeante
- Irrégularités menstruelles
- Problèmes pulmonaires
- Complications de l'utilisation des aiguilles non-stériles
- Complications graves à la grossesse

Aucune mention n'est faite des sédatifs, hypnotisants et tranquillisants, étant donné qu'ils sont peu utilisés par les jeunes, mais il ne faut pas négliger leur existence.

L'alcool, le tabac et la caféine sont mieux connus et ne sont pas traités dans cet exposé sur les psychotropes.

Le traitement

Comment faut-il traiter le problème? Premièrement, on ne peut pas intervenir avec succès si le jeune n'avoue pas, lui-même, qu'il a un problème. Donc, si un jeune vient vous consulter pour ce problème, la moitié de la bataille est déjà gagnée.

Je pense, qu'en général, c'est mieux de référer le jeune à un organisme qui se spécialise dans le traitement de l'abus des psychotropes. Il faudrait aussi faire un bilan médical et social. À ma connaissance, il n'existe pas, chez nous, d'organismes spécialisés pour les jeunes, bien que tous les organismes s'intéressent aux jeunes. Pour en nommer quelques-uns :

- Alcoliques anonymes
- Narcotiques anonymes
- Alternatives
- Maison Phoenix
- Portage
- Maison Jean-Aide
- Maison L'Invitée

Conclusion

Alors, quel est le rôle des écoles, des cégeps et des universités? Les professionnels de ces institutions peuvent dépister des individus à risque :

- les étudiants qui sont en difficulté sociale et scolaire;
- les étudiants qui manquent d'amour propre et qui ne savent pas s'exprimer;
- les étudiants dont le comportement change ou dont les notes baissent.

En termes de prévention, la question est plus difficile. Je crois que beaucoup de familles dans notre société ont abandonné leurs responsabilités en ce qui concerne le développement intellectuel, moral et social de leurs enfants. Face à ce vide, les écoles sont souvent appelées à agir <u>in loco parentes</u>. Je pense que l'école ne peut pas guérir les plaies de la société, mais comme organisme social, l'école a un rôle à jouer dans le développement moral et dans l'atteinte du plein potentiel de chaque individu.

Donc, comme professionnels, comme citoyens, nous avons un rôle à jouer en comprenant les psychotropes et en encourageant une diminution de leur consommation.

LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DES TROUBLES ALIMENTAIRES

CONFÉRENCE PRONONCÉE LORS DU COLLOQUE
LES SERVICES AUX ÉTUDIANTS VERS L'AN 2 000
TENU À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
LE 25 MAI 1989

PAR

Madame Marilyn Marshall, M.D.

Les principaux désordres alimentaires sont l'anorexie mentale et la boulimie.

L'anorexie mentale est le refus de maintenir le poids au dessus d'un minimum pour l'âge et la grandeur, assez pour empêcher, chez la fille, les menstruations pendant trois cycles consécutifs. La personne se croit trop grosse malgré un poids inférieur à la normale.

La boulimie consiste en la consommation rapide de grandes quantités de nourriture suivie par des mesures extraordinaires pour prévenir une prise de poids (exercices excessifs, diurétiques, vomissements, laxatifs, régime, etc.). Les épisodes ont lieu au moins deux fois par semaine pendant au moins trois mois. La personne est obsédée par l'idée de maigrir et par la nourriture (5).

L'obésité, ou un surplus de dépôts graisseux, n'est pas considérée comme un désordre alimentaire malgré le fait que l'obésité sévère peut augmenter le risque de diabète, d'hypertension, de lithiase vésiculaire.

Les symptômes d'anorexie sont, en grande partie, les mêmes que les symptômes ressentis par ceux qui souffrent de famine. Ceci a été démontré par Keys et al (3) quand il a fait subir à 40 jeunes hommes de poids normal un régime qui a entraîné une perte de 25 % de leur poids. Les jeunes hommes sont devenus obsédés par la bouffe, ont mal dormi, se sont sentis anxieux et ont eu des sautes d'humeur. L'un d'eux est devenu suicidaire; un autre a été hospitalisé pour un épisode maniaque et un autre a eu un accident grave et s'est coupé trois doigts. De plus, ils présentaient d'autres symptômes comme la fatigue, la léthargie, la frilosité et des signes de métabolisme ralenti. Ils sont devenus renfermés

et ont perdu leur intérêt sexuel. Plus ils perdaient du poids, plus ils devenaient obsessionnels et rigides, intéressés uniquement par la bouffe. Trois sur quarante sont devenus cuisiniers après l'étude. Alors, le premier objectif dans le traitement de l'anorexie est de normaliser le poids. La psychothérapie est ensuite plus efficace.

Il n'y a pas longtemps, l'anorexie et la boulimie étaient rares. Aujourd'hui, le taux d'anorexie est autour de 1 % chez les jeunes femmes, entre 18 et 30 ans, et le taux de boulimie est d'au moins 2 %. Beaucoup d'autres jeunes femmes (10-20 %) sont obsédées par le poids, se détestent et suivent des régimes excessivement restrictifs et/ou cahotiques. À noter que 80 % des filles de 18 ans ont déjà suivi un régime.

Pourquoi cette augmentation des problèmes alimentaires? Les critères de minceur qu'exige notre société occidentale entrent en conflit avec cette société de consommation où la nourriture est abondante et le travail sédentaire. Il est très difficile de rester mince dans ces conditions. Beaucoup d'appelés mais peu d'élus! La minceur équivaut au salut. Manger gras et sucré est un péché et faire de l'exercice est une vertu. La grosseur est vue comme un signe de faiblesse morale, comme le "A" sur le front d'une personne adultère. Il n'est pas surprenant, dans cette atmosphère intolérante, que les femmes soient portées à maigrir à l'extrême (les saints d'aujourd'hui) ou à cacher leurs péchés (la personne boulimique qui mange à l'excès mais se purge après pour éviter l'évidence visible de son manque de contrôle).

C'est ainsi que nous trouvons la clef de la prévention des problèmes alimentaires : la tolérance. Premièrement, tolérer les différences entre individus et familles. Nous connaissons tous des familles grandes

et minces, également, nous connaissons des familles plutôt rondelettes. Pourquoi tolère-t-on les différences dans la couleur des yeux et des cheveux, mais pas dans le poids?

Les différences individuelles de poids sont parfaitement normales pour la santé. Un poids santé est le poids auquel il y a le minimum de morbidité et de mortalité (4). Ce poids est établi par l'indice de Quetelet (1).

$$\text{L'indice de Quetelet} = \frac{\text{poids en kg}}{\text{taille en mètres carrés}}$$

Un indice de Quetelet doit se situer entre 20 et 25. Pour une femme de 5 pieds (1,50 m), un poids santé se situe entre 102 et 128 livres (46-58 kg). Pour une femme de 5 pieds 6 pouces (1,66 m), un poids santé se situe entre 125 et 155 livres (57-70 kg).

La grande majorité des personnes cherchant à perdre du poids ont un indice de Quetelet inférieur à 25. Ce poids n'augmentera pas les risques pour sa santé. Par contre, pour les individus qui ont un indice inférieur à 20, une perte de poids peut poser des risques sérieux, tels déficience d'oestrogène, déséquilibre hormonal, dépression, carences vitaminiques et de protides, hyperlipidémie, hypercholestérolémie, ostéoporose, arythmie cardiaque, mort. Les risques des comportements boulimiques sont aussi sérieux : déséquilibre électrolytique avec mort cardiaque subite, dilatation gastrique et rupture de l'estomac ou de l'oesophage, hémorragie gastrique, etc.

Pour les personnes qui ont un indice de Quetelet entre 25 et 27, en général, seul l'exercice est recommandé comme moyen de le baisser (s'il n'existe pas de conditions médicales comme le diabète ou l'hypertension).

Alors, le meilleur moyen de prévenir les désordres alimentaires serait d'accepter que des personnes différentes aient un poids différent, avec des contours physiques différents. Une des principales théories que nous employons à la Clinique des troubles alimentaires est la théorie du "set point" (3) qui dit que nous avons tous un poids naturel, plus ou moins stable, qui est relativement facile à maintenir, auquel le corps est porté à vouloir retourner. Par exemple, une personne qui a toujours pesé 120 livres (55 kg) et qui perd 10 livres (5 kg) durant une grave maladie, aura tendance à revenir à son poids habituel. L'organisme fait appel à certains mécanismes comme à l'homéostase (l'augmentation de l'appétit), à un ralentissement du métabolisme et à une baisse d'activité. Quand le "set point" est rétabli, l'appétit diminuera et le métabolisme s'accélérera. Également, une prise de poids doit diminuer l'appétit et accélérer le métabolisme. Il est probablement possible d'augmenter son "set point", e.g. prise de poids pendant 6 mois ou plus, mais probablement très difficile de le baisser, i.e. prévention d'obésité plus facile que la guérison.

Le monde des médias et de la mode n'aide pas à faire accepter le principe du poids santé ou du "set point". Il valorise surtout une image de minceur "You can't be too thin or too rich" ("Vous ne pouvez être trop mince ni trop riche"). Mais, parce que, comme individu, il n'y a pas grand chose que l'on puisse faire pour changer le système, pour prévenir les désordres alimentaires dans nos vies personnelles ou professionnelles, il faut faire plus que se plaindre de ces messages dans les médias.

Pour prévenir les troubles alimentaires, il faut avoir les connaissances et les attitudes qui favorisent une relation normale entre la nourriture et l'individu.

Premièrement, à propos de la nutrition, il faut savoir que :

1. Manger trois fois ou plus par jour favorise un meilleur niveau d'énergie et brûle plus de calories qu'un repas par jour. Quand on mange des glucides ou des protéines, le métabolisme s'accélère.

2. La personne obèse, boulimique ou anorexique mange rarement trois repas équilibrés par jour. La meilleure façon de prévenir les excès alimentaires est de manger régulièrement.

3. Les glucides ne sont pas "engraissants". Une alimentation idéale aujourd'hui est composée d'au moins 50 % de glucides. Les lipides, à 9 kcal/gramme, sont les nutriments qui sont les plus faciles à diminuer dans la diète dans la majorité des cas de surplus de poids. Les québécois mangent 40 % de leur apport énergétique sous forme de lipides, alors que 30 % serait meilleur pour leur santé.

4. Les femmes sont à risque pour les déficiences de vitamine B, de fer et de calcium. Ces éléments se trouvent surtout dans la viande et les produits laitiers. L'apport alimentaire de nos patientes est souvent déficient dans ces éléments. Par contre, leur niveau de folate est habituellement normal parce qu'ils mangent beaucoup de légumes.

Deuxièmement, à propos du maintien du poids, il faut savoir que :

1. L'exercice régulier accélère le métabolisme et crée des muscles qui brûlent plus d'énergie même au repos. L'exercice est supérieur à tout régime pour éviter un excès de poids.

2. L'exercice est indispensable pour la santé, surtout pour ceux qui ont tendance à l'obésité.

Troisièmement, à propos de la façon d'élever ses enfants, il faut savoir que :

1. Se dénigrer devant ses enfants, suivre des régimes devant eux et parler sans arrêt de poids et de régime est déconseillé. Un grand nombre de nos patients ont commencé leur premier régime à l'âge de 10-13 ans avec leur mère.

2. Promouvoir l'exercice régulier, intégré, naturel, est un des meilleurs moyens de prévention des troubles alimentaires.

3. Rendre disponibles tous les aliments équilibrés, s'assurer qu'ils sont mangés et ne pas s'obséder sur des aliments mangés surtout pas ceux en dehors de la maison. Il ne faut pas agir comme policier chez soi (un père mesurait les gâteaux et interrogeait ses enfants tous les jours).

4. Ne pas critiquer le poids des autres (étrangers, membres de la famille).

5. Avertir les adolescentes, avant la puberté, qu'elles vont prendre beaucoup de poids rapidement, mais que ceci ne veut pas dire qu'elles deviendront obèses. Le pourcentage de gras chez les petites filles est de 15-18 %, chez les femmes de 18 ans, il est de 20-25 %.

6° Ne jamais substituer la nourriture à une communication verbale ou non-verbale d'intérêt et d'affection. Ne pas mettre ses enfants sur un régime affectif.

Dépistage précoce des troubles alimentaires

Pour dépister les problèmes alimentaires au début, il faut connaître les signes précoces de danger. Premièrement, l'adolescente qui ne mange pas plusieurs fois dans la journée essaie probablement de contrôler son poids. Une adolescente en santé mange en moyenne cinq fois par jour. Même l'adolescente qui dit vouloir perdre du poids doit manger trois repas équilibrés par jour avec ou sans collation. Manger une fois par jour dans un effort pour "sauver des calories" a pour conséquence une baisse de métabolisme et une faim excessive en soirée.

L'adolescente qui s'absente après tous les repas pour aller à la toilette pour de longues périodes vomit peut-être. Vous pourriez la renseigner sur la boulimie, lui dire que c'est un problème dont on peut discuter.

Si vous avez besoin de renseignements ou d'aide, vous pouvez contacter la Clinique des troubles alimentaires ou l'Association pour anorexie et boulimie (ANEB), toutes deux situées au Centre hospitalier Douglas, au

numéro de téléphone 761-6131, poste 1895. Celles-ci seront en mesure de vous donner conseils et orientation, même s'il y a une longue liste d'attente pour être évalué à la clinique. Avant d'avoir une consultation spécialisée, je vous recommanderais de consulter le département de médecine familiale ou les services de santé des universités qui semblent mieux comprendre et traiter la boulimie que les omnipraticiens qui sont uniquement en bureau privé. Les services d'une diététiste sont très importants mais, si vous n'avez pas recours à une diététiste, au moins le guide alimentaire canadien contient les portions minimales recommandées pour une bonne alimentation. La patiente boulimique doit arrêter ses régimes pour pouvoir normaliser son alimentation.

Références

1. Bray, George, O. "Classification and Evaluation of the Obesities", in Medical Clinics of North America "Obesity", vol. 73, no. 1, p. 161-164, Janvier 1989.

2. Keesey, Richard, C. "Physiological Regulation of Body Weight and the Issue of Obesity" in Medical Clinics of North America "Obesity", vol. 77, no. 1, p. 15-27, Janvier 1989.

3. Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., The Biology of Human Starvation, Univ. of Minneapolis Press, 1950.

4. Lew, E.A., Garfinkel, L. Variations in Mortality by Weight among 750 000 Men and Women. J. Chronic Dis., 32:562-576, 1979.

5. Spitzer, R. (ed) and Williams, J. (ed). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised). American Psychiatric Association, 1987.

CONCORDIA UNIVERSITY

To: Senior Administrators, Academic Chairs and Administrative Department Heads

From: Patrick Kenniff, Rector and Vice-Chancellor

Date: December 20, 1988

Re: **HIV/AIDS AWARENESS PROGRAMME**

Although at the present time AIDS is not visibly present as a serious problem at Concordia University, Dr. Norbert Gilmore, Chair of the National Advisory Committee on AIDS, estimates conservatively that, in Montreal today, 1/150 or 15,000 people are HIV-infected. According to Dr. Gilmore, numbers may be as high as 1/50. The vast majority of those infected are asymptomatic and, therefore, as yet unaware that they are capable of transmitting the virus to others. At Concordia University, these estimates indicate that between 200 and 600 members of our community may be HIV-infected.

Concerned with ensuring an environment free of discrimination for all its members and committed to promoting their welfare, the Office of the Rector has approved a programme to deal with HIV/AIDS-related concerns. This programme includes the implementation of guidelines and a network to protect and support anyone carrying the virus, as well as provision for a major educational programme geared toward stopping the spread of the virus and fostering an atmosphere of care within the University.

As a manager, you may be faced with an HIV/AIDS-related situation requiring your utmost discretion and sensitivity. Since we must ensure that discrimination does not occur in the University setting, the attached guidelines should be of assistance to you in addressing any problem of this nature within your area. As well, information and training programmes on the subject will soon be made available to you and your staff.

We count on your commitment to this programme through appropriate implementation of the guidelines and support of the educational programme. You are encouraged to post or circulate the attached document.

Should you require additional information, please do not hesitate to contact Elisabeth Morey, Coordinator of Special Projects, Rector's Office, BC-211, tel. 4871.

Thank you for your cooperation.

OFFICE OF THE RECTOR AND VICE-CHANCELLOR
MAILING ADDRESS: [illegible]
[illegible] BLVD. WEST
MONTREAL, QUEBEC [illegible]

CONCORDIA UNIVERSITY

GUIDELINES FOR HIV/AIDS-RELATED CONCERNS

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), along with earlier stages of HIV (Human Immunodeficiency Virus) infection, is a world-wide public health problem with increasingly significant social, cultural, economic, and ethical ramifications for all members of society.

AIDS is not yet highly prevalent on our university campus. However, the number of diagnosed AIDS cases represents only a small percentage of the number of people estimated to be infected with the virus who are as yet free of symptoms and thus unaware that they are capable of transmitting the virus to others.

At present there is no known cure for HIV/AIDS and no vaccination against the virus.

Fortunately, HIV infection is preventable. But this implies the need for responsible, informed behaviour on an individual level which can be encouraged by institutional recognition and response to the problem. The significance of effective education as the best defense against the spread of HIV/AIDS cannot be too strongly emphasized.

Based on recommendations from the Center for Disease Control in Atlanta, the Canadian Public Health Association, and the American College Health Association, Concordia University has developed the following guidelines including recommendations for an HIV/AIDS educational programme for all students, staff and faculty. It is the intention of the University that these efforts stand as a sensible and humane model for its own members as well as the community at large, provide momentum in the fight against the spread of HIV/AIDS, and underscore the importance of compassion and support without judgement for those among us who are infected with HIV.

WHAT IS HIV/AIDS ?

It is important to understand the difference between these two terms. AIDS is the most severe form of disease which can result from being infected by HIV, the virus which attacks and can progressively destroy the body's immune system. The following terms serve to describe different stages of HIV infection:

1. HIV ANTIBODY POSITIVE (Seropositivity): A positive HIV antibody test result indicates exposure to the virus (HIV). It does <u>not</u> mean that one has AIDS, nor does it mean that one will necessarily develop an HIV-related illness in the future. It does <u>not</u> mean that one is immune to AIDS. It <u>does</u> mean that one is

capable of transmitting the virus to others, even though one may appear healthy and free of symptoms.

2. ARC: An individual with ARC (AIDS Related Condition) has, as a result of HIV infection, clinical symptoms of AIDS such as swollen lymph glands, persistent fatique, diarrhea, night sweats or fever, unexplained weight loss, or thrush (a persistent white coating on the tonque or throat) but has not had one or more of the serious opportunistic infections or cancers characterizing full-blown AIDS. In most people such general symptoms are caused by common illnesses and not by HIV infection. However, when several occur together persistently, this may indicate a progressive HIV infection. An individual with ARC will most likely go on to develop full-blown AIDS.

3. AIDS: This condition usually develops years after initial infection with HIV and is the final manifestation of the destruction of the body's immune system believed to be brought about by HIV. This breakdown of the body's natural defenses leaves the individual vulnerable to life-threatening opportunistic infections and cancers.

In this document, the term 'HIV-related illnesses' is used to describe the full range of health problems caused by HIV. The term 'HIV-infected' refers to all persons who are infected with the virus, including those with ARC or AIDS.

HOW IS HIV TRANSMITTED ?

HIV is carried in the body fluids, primarily blood, semen, and vaginal secretions of infected persons. HIV is extremely fragile and dies very quickly once outside the body. In order to be transmitted, HIV must enter the bloodstream. The only clearly documented modes of HIV transmission are:

- By anal or vaginal intercourse with an HIV-infected person
- By using HIV-contaminated needles or syringes
- From a pregnant, HIV-infected woman to her fetus, or from an infected mother to her child through breast milk
- Via transfusion of infected blood or blood products (The Canadian Red Cross has been screening all units of blood for HIV since 1985)
- Via organs transplanted from an infected donor

As long term studies of many families with an HIV-infected member have shown, there are no recorded cases of HIV transmission having occurred through non-sexual, household contact (e.g. kissing, hugging, sharing of food, utensils, clothes, etc.).[1]

There is no medical evidence that persons with HIV infection pose a health risk to others through casual contact such as that typically encountered in a classroom or workplace setting.

HIV/AIDS EDUCATION

In discharging its responsibility to provide a safe working environment for all students, staff and faculty, Concordia's primary response will be that of education, not discrimination. To that end, Concordia will provide a university-wide programme of HIV/AIDS education. The goals of the programme will be:

- To alleviate unfounded fears about contracting the virus through casual contact such as that typically encountered in an academic or workplace setting;

- To provide individuals with the information necessary to make sound decisions about their own behaviour to ensure the health and well-being of themselves and others;

- To heighten awareness in the Concordia community that AIDS is a problem which concerns us all. Our sense of individual responsibility is challenged as we must each understand how HIV is spread and adopt the low-risk behaviour necessary to avoid transmission. Our sense of community is challenged as we strive to protect the rights of, and demonstrate concern and care for, those among us who are HIV-infected.

THE HIV/AIDS RESOURCE PERSON

The University recognizes the prevalence of concern and fear surrounding the transmissability of HIV and is committed to addressing these concerns with sensitivity, discretion, and accurate information. To this end, the University will appoint an HIV/AIDS Resource Person who will be located at Health Services and whose primary role will be to provide students, staff and faculty with a confidential source of information, advice, reassurance and support on HIV/AIDS and related concerns.

The name and university telephone number of the HIV/AIDS Resource Person will be publicized and contact may be made by telephone if anonymity is desired. The HIV/AIDS Resource Person will be able to inform those with HIV/AIDS-related concerns about:

- Clinics where anonymous HIV antibody testing and counselling are available (HIV/AIDS is not nominally reportable in Quebec);

- Services available in Montreal for people with HIV infection, and for their families and friends;

- Names of physicians known to be sympathetic and experienced in dealing with people who have HIV infection;
- Arrangements within the University that can be made to accommodate their needs while maintaining confidentiality ;
- Disability benefits available to full-time, permanent employees who have HIV-related illness. (Employees may wish to consult directly with the Benefits Administrator in Human Resources who is required to send the medical information necessary for a disability benefits claim to the insurance company. However, employees may, if they desire, send confidential medical information relevant to a disability claim directly to the insurance company.)

THE HIV/AIDS ADVISORY COMMITTEE

An HIV/AIDS Advisory Committee will be appointed by the Rector. Membership on the committee will be limited to a maximum of four persons and will include a representative of the Office of the Rector and members of the University community with expertise in the areas of law, ethics and counselling. The HIV/AIDS Resource Person will sit as an ex officio member of the committee. The mandate of the committee will include:

- Overall responsibility for application of the guidelines
- Updating the guidelines to reflect important developments in HIV/AIDS-related issues of medical, legal, or social concern
- Providing direction and support to the HIV/AIDS Resource Person

Any HIV-related situation requiring a University response beyond the scope of these guidelines should be addressed to the HIV/AIDS Resource Person at Health Services and will be referred to the HIV/AIDS Advisory Committee.

GENERAL GUIDELINES

With the above information in mind, the following guidelines are intended as a framework from which to develop well reasoned and informed responses to HIV-related situations that may arise within the University.

RESPONSIBILITY

It is understood that anyone aware that they are HIV-infected will conduct themselves with due regard for the health of others.

DISCRIMINATORY BEHAVIOUR

In accordance with the University's Code of Conduct which states: "Members of the University should have regard for the rights of other members to freedom from discrimination", the University strongly condemns any form of discrimination, alarmist publicity or behaviour, or blatant moral recrimination against any individual with known or suspected HIV infection. Medical evidence makes it clear that any such discrimination is unjustified. The concerns and fears of any individual or group regarding HIV-related situations at Concordia should be addressed to the HIV/AIDS Resource Person.

Should any student, staff or faculty member with HIV infection so request, arrangements can be made through the HIV/AIDS Resource Person to provide an educational session for his/her co-workers, professors or students designed to alleviate unwarranted fears and encourage a comfortable working environment for all concerned.

MANDATORY TESTING

The University is not a policing agency and has no desire to infringe on the civil liberties of any member of its community. The University will not require mandatory testing for HIV antibody for any of its students, staff or faculty. No student, staff or faculty member is obliged to disclose to the University whether s/he has been tested for HIV antibody, or to provide the results of any such test.

CONFIDENTIALITY

The University recognizes the importance of utmost confidentiality in matters concerning HIV infection or HIV antibody testing. As with all personal medical information, all information provided to the HIV/AIDS Resource Person, the HIV/AIDS Advisory Committee, Health Services or University officials will be handled in the strictest confidence. No such information will be provided TO ANY PARTY (e.g. administration, faculty, insurance companies, government agencies, the media, co-workers, parents) without the fully informed and written consent of the individual concerned. Breach of confidentiality by any member of the University will be dealt with severely through existing disciplinary mechanisms.

ACCESS TO UNIVERSITY FACILITIES

No student or employee with HIV infection will be denied access to any University facility or service for reasons of HIV infection alone.

GUIDELINES FOR STUDENTS

- No student will be denied academic admission for reasons of known or suspected HIV infection.
- Any student with known or suspected HIV infection will be encouraged to attend classes in an unrestricted manner as long as his/her health permits.
- Students with HIV-related illness will be accorded the same academic considerations (extensions of deadlines, deferred exams, etc.) as any other student with valid medical problems.
- Students with HIV infection will not be exempt from any student employment opportunities in the University as long as they are capable of performing their duties in a safe and reliable manner.
- The University will not restrict any student with known or suspected HIV infection from participation in University sports programmes unless appropriate medical experts determine that this involves a reasonable health or safety risk to the HIV-infected student or to other sports participants.

- The University will not issue rebates or grant permission for course withdrawal/change (after the deadlines) for reasons of refusal to associate with a student or professor/instructor who is known or suspected to be HIV-infected.

- Discriminatory behaviour involving any HIV-related issue resulting in disruption to any University activity (in the classroom/lab or extracurricular) should be addressed to the HIV/AIDS Resource Person and will be handled on an individual basis with appropriate information and counselling. In the event this does not resolve the problem, a complaint may be made under the Code of Conduct (Non-Academic).

GUIDELINES FOR STUDENT RESIDENCES

- No student will be denied on-campus housing for reasons of HIV infection alone.

- To assist all students and staff in on-campus residences in avoiding behavior which places them at risk for HIV infection, the University will provide an in-residence HIV/AIDS educational programme.

- Students in residence with any immuno-compromised medical condition, including HIV-infection, may wish to notify the HIV/AIDS Resource Person who can advise them of any outbreak of communicable disease within the residence with a view to protecting the student from unnecessary exposure.

GUIDELINES FOR EMPLOYEES

- No employee with HIV infection should suffer discrimination in the workplace or in the hiring process.

- The University will not include consideration of HIV infection in any of its hiring policies or practices.

- There is no medical justification for any employee to refuse to work with any HIV-infected individual for that reason alone. Discrimination and disruption in the workplace arising from HIV-related concerns should be addressed to the HIV/Aids Resource Person and will be handled on an individual basis with information and counselling. In the event that the problem is not resolved, a complaint may be made under the Code of Conduct (Non-Academic).

- The University will not undertake reassignment or dismissal of an HIV-infected employee for that reason alone.

- The University recognizes the need for sensitivity in dealing with an employee who is coping with HIV infection with the understanding that ongoing employment, assistance, and moral support is important to the physical and emotional health of the HIV-infected individual.

- As is the case with any employee who has a medical condition, any employee with HIV-related illness will be encouraged to continue working as long as s/he is able to perform her/his duties in a safe and reliable manner.

- As is the case with any employee who has a medical condition, efforts will be made to accommodate the particular needs of any employee with HIV infection.

- The position of the University with respect to an employee with HIV-related illness is the same as for any other illness or disability.

CONCLUSION

These guidelines are based on the best information currently available and are subject to revision based on new developments in HIV/AIDS research and related issues.

Any clarification required with respect to these guidelines should be addressed to the HIV/AIDS Advisory Committee through the Office of the Rector.

ACKNOWLEDGEMENTS

These guidelines were developed by Marlene Daley, B.A. (Concordia University 1989).

The Office of the Rector wishes to acknowledge gratefully the kind assistance of Professor William F. Foster, Dr. Margaret Somerville, and Ms. Margaret Duckett of the McGill Centre for Medicine, Ethics and the Law, McGill University, and Dr. Louis Vagianos, Director of Research, The Nova Scotia Task Force on AIDS, in the preparation of this document.

We are also indebted to the American College Health Association for its excellent publications in the field of AIDS policies for academic institutions.

FOOTNOTE:

1. Selwyn, P.A., "AIDS: What is Now Known, II. Epidemiology" (1986) 23 Hospital Practice 127-164; Center for Disease Control, "Recommendations for Preventing Possible Transmission of Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy - Associated Virus from Tears" (1985) 34 M.M.W.R. 533-534; Peterman, T.A. & Curran, J.W., "Sexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus" (1986) 256 J.A.M.A. 2222-2226; Blattner, W.A., Biggar, R.J., Weiss, S.H., Melbye, M. & Goedert, J.J., "Epidemiology of Human T-Lymphotropic Virus Type III and the Risk of the Acquired Immunodeficiency Syndrome" (1985) 103 Ann. Intern Med. 665-670; (as cited in Foster, W.F., Somerville, M., & Duckett, M., "'HIV/AIDS' and School Boards: A Policy Approach" (1988).

UNIVERSITE CONCORDIA

DIRECTIVES RELATIVES AU VIH ET AU SIDA

Le SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise), tout comme les premiers stades de l'infection par le VIH (virus d'immuno-déficience humaine), est devenu un problème mondial de santé publique aux ramifications sociales, culturelles, économiques et éthiques de plus en plus importantes pour l'ensemble de la société.

Le SIDA n'est pas encore très répandu à l'Université. Toutefois, le nombre de cas diagnostiqués ne représente qu'un petit pourcentage des personnes présumément infectées qui, ne présentant pas encore de symptômes, ne savent pas qu'elles peuvent transmettre le virus.

Pour l'instant, il n'y a pas de remède connu au SIDA, ni aucun vaccin qui prémunirait contre le virus.

Heureusement, on peut prévenir l'infection par le VIH. Toute prévention, toutefois, implique que les personnes soient bien informées et adoptent un comportement responsable, encouragées en cela par la reconnaissance et la réponse institutionnelles au problème. On n'insistera jamais assez sur l'importance capitale de l'éducation pour enrayer la progression du virus et de la maladie.

Sur la base des recommandations du "Centre for Disease Control" à Atlanta, de l'Association canadienne de santé publique et de l'"American College Health Association", l'Université Concordia a élaboré des principes directeurs, notamment un certain nombre de recommandations visant à instaurer un programme d'éducation relatif au VIH et au SIDA à l'intention de la population étudiante, du corps professoral et du personnel. L'Université souhaite ainsi proposer un modèle sensé et humain, tant aux yeux de ses propres membres que pour la collectivité en général, produire un effet d'entraînement en maitière de lutte contre le VIH et le SIDA et, enfin, faire ressortir l'importance de la compassion et d'un soutien libre de tous jugements à l'égard de ceux et celles d'entre nous qui sont infecté-e-s.

NATURE DU VIH ET DU SIDA

Il importe de bien distinguer entre ces deux termes. Le SIDA est la forme la plus sévère de maladie pouvant résulter de l'infection par le VIH, qui attaque le système immunitaire et peut le détruire progressivement. Les expressions suivantes s'appliquent à différentes étapes de l'infection par le VIH:

1. PRESENCE D'ANTICORPS AU VIH (séropositivité): Un test de dépistage positif au VIH indique que la personne a été exposée au virus. Cela ne veut pas dire que la personne est atteinte du SIDA ni qu'elle développera inévitablement la maladie; cela ne veut pas dire non plus qu'elle est immunisée contre le SIDA. Cela signifie qu'elle peut transmettre le virus même si elle paraît en bonne santé et ne présente aucun symptôme.

2. INFECTIONS OPPORTUNISTES RELIEES AU SIDA: La personne malade, par suite d'une infection au VIH, présente des symptômes cliniques du SIDA, par exemple enflement des glandes lymphatiques, fatigue persistante, diarrhée, sudation nocturne ou fièvre, perte de poids non motivée, muguet (sorte de pellicule blanche persistante sur la langue ou dans la gorge), mais sans les infections opportunistes graves ou les cancers caractéristiques du SIDA actif. Dans la plupart des cas, ces symptômes généraux sont causés par des maladies communes et non pas par le VIH. Néanmoins, la persistance de plusieurs de ces symptômes réunis peut indiquer une infection progressive par le VIH. La personne qui présente ces symptômes développera probablement le SIDA.

3. SIDA ACTIF: Cet état se développe normalement des années après l'infection initiale au VIH et constitue la manifestation finale de la destruction du système immunitaire, présumément imputable au VIH. Cet effondrement des défenses naturelles du corps produit une grande vulnérabilité aux infections opportunistes délétères (qui mettent la vie en danger) et aux cancers.

   Dans le présent document, l'expression "maladies liées au VIH" décrit l'ensemble des problèmes de santé causés par le VIH. L'expression "personne porteuse du virus" désigne toutes les personnes infectées par le virus, y compris celles qui présentent les symptômes du SIDA ou sont sidatiques.

MODE DE TRANSMISSION

Le VIH est transporté dans les liquides anatomiques, essentiellement le sang, le sperme et les sécrétions vaginales des personnes infectées. Le virus est extrêmement fragile et meurt très rapidement une fois expulsé de l'organisme. Pour pouvoir être transmis, le VIH doit pénétrer dans le système sanguin. Les seuls modes de transmission dûment avérés scientifiquement sont les suivants:

- relation sexuelle anale ou vaginale avec une personne infectée par le virus;

- utilisation d'aiguilles ou de seringues contaminées;

- transmission de la maladie de la mère infectée directement au foetus ou par l'allaitement;

- transfusion de sang contaminé ou de produits sanguins contaminés (depuis 1985, la Croix-Rouge canadienne a procédé au filtrage de toutes les unités de sang en vue du dépistage du VIH);

- transplantation d'organes provenant d'une personne donneuse infectée.

Comme l'indiquent des études à long terme effectuées auprès de familles dont un ou des membres sont porteurs ou porteuses du virus, on n'a relevé aucun cas de transmission du VIH par le biais de contacts non sexuels, domestiques (p. ex. baisers, caresses, partage de nourriture, ustensiles, vêtements, etc.).[1]

Il n'existe pas de preuve médicale que les personnes porteuses du VIH présentent un risque pour la santé par le biais de contacts ordinaires tels ceux qui se créent dans les milieux d'études ou de travail.

EDUCATION

Face à sa responsabilité d'assurer à la population étudiante, au personnel et au corps professoral un milieu sécuritaire, l'Université mise essentiellement sur l'éducation et rejette toute forme de discrimination. A cette fin, elle a mis sur pied, à l'échelle de l'Université, un programme d'éducation en rapport avec le VIH et le SIDA qui a pour buts:

- d'extirper les craintes non fondées selon lesquelles il serait possible de contracter le virus à travers les contacts ordinaires qui se créent en milieux d'études ou de travail;

- de fournir l'information nécessaire pour permettre à chacun et chacune de prendre des décisions éclairées au sujet de son propre comportement afin d'assurer sa santé et le bien-être d'autrui;

- de sensibiliser la communauté universitaire au fait que le SIDA nous concerne tous et toutes. Nous avons à cet égard une responsabilité individuelle. Chacun et chacune doit comprendre comment le virus se transmet et adopter le comportement à risque minimal à cet effet. Nous avons également une responsabilité collective qui se manifeste par le souci de protéger les droits de ceux et celles parmi nous qui sont porteurs ou

porteuses du virus et de leur témoigner respect et sollicitude.

PERSONNE-RESSOURCE VIH/SIDA

Consciente des craintes et des inquiétudes suscitées par la transmissibilité du VIH, l'Université entend traiter cette question avec sensibilité et discrétion en fournissant à la communauté l'information nécessaire. À cet effet, elle nommera une personne-ressource chargée de traiter les questions relatives au VIH et au SIDA; cette personne, dont le bureau sera situé au Service de santé, aura pour rôle principal de fournir, sous le sceau de la confidentialité, des renseignements à la population étudiante, au personnel et au corps professoral ainsi que des conseils, des encouragements et de l'aide sur cette question.

On publiera le nom et le numéro de téléphone de la personne-ressource, qui pourra être rejointe au téléphone pour préserver l'anonymat des personnes intéressées, au besoin. La personne-ressource sera en mesure de donner des renseignements relatifs aux:

- cliniques où sont administrés des tests anonymes de dépistage du VIH et où sont fournis des renseignements pertinents (au Québec, ni le VIH ni le SIDA ne font l'objet d'une déclaration obligatoire);

- services offerts à Montréal aux personnes infectées, à leur famille et à leurs ami-e-s;

- noms de médecins sympathiques aux personnes infectées et aptes à les traiter;

- arrangements qu'il est possible de conclure avec l'Université pour accommoder les personnes infectées dans la plus stricte confidentialité;

- avantages sociaux liés à l'invalidité offerts au personnel permanent à temps complet atteint d'une maladie liée au VIH. (Le personnel peut souhaiter consulter directement la personne responsable de l'administration des avantages sociaux du Service des ressources humaines, chargée de fournir à la compagnie d'assurance les renseignements médicaux nécessaires en cas de réclamation pour invalidité; toutefois, on peut, si désiré, transmettre directement à la compagnie d'assurance les renseignements confidentiels pertinents.)

COMITE CONSULTATIF VIH/SIDA

Le recteur nommera un comité consultatif VIH/SIDA. Le comité comptera au plus quatre membres, dont une personne représentant le cabinet du recteur et des membres de la communauté universitaire compétentes en matière de droit, d'éthique et de counselling. La personne-ressource VIH/SIDA est membre d'office de ce comité, qui a pour mandat:

- de prendre en charge la mise en oeuvre globale des présentes directives;
- de mettre à jour ces directives de façon qu'elles reflètent tous progrès importants en rapport avec les aspects médicaux, juridiques ou sociaux des questions relatives au VIH et au SIDA;
- de guider et d'aider la personne-ressource VIH/SIDA.

Toute situation relative au VIH qui demanderait, de la part de l'Université, une réponse qui va au-delà des présentes directives doit être adressée à la personne-ressource VIH/SIDA, qui la dirigera vers le comité consultatif VIH/SIDA.

PRINCIPES DIRECTEURS

Ce préambule étant établi, l'Université émet les présentes directives qui serviront de cadre de référence à partir duquel pourront être élaborées des réponses éclairées et pertinentes aux situations susceptibles de se produire à l'Université en rapport avec le VIH.

RESPONSABILITE

Il est entendu que toute personne qui se sait infectée par le VIH se conduira de façon respectueuse pour la santé d'autrui.

COMPORTEMENT DISCRIMINATOIRE

Conformément au code de déontologie de l'Université, qui stipule que les membres de la communauté universitaire doivent respecter le droit des autres membres à ne pas faire l'objet de discrimination, l'Université condamne vigoureusement toute forme de discrimination, de publicité ou de comportement alarmiste et de récrimination morale manifeste exercée à l'encontre de toute personne porteuse du VIH ou présumée l'être. Toute forme de discrimination à cet égard, les témoignages médicaux sont là pour le prouver, est injustifiée. Toute personne ou groupe qui éprouve des inquiétudes ou des craintes face à des situations

liées au VIH dans le cadre de l'Université Concordia est priée de s'adresser à la personne-ressource VIH/SIDA.

A la demande d'un étudiant ou d'une étudiante, d'une personne membre du personnel ou du corps professoral porteur ou porteuse du VIH, la personne-ressource VIH/SIDA peut organiser des séances d'information pour les collègues de la personne intéressée afin d'éradiquer les réactions de peur injustifiées et de favoriser un climat de travail viable pour toutes les personnes concernées.

DEPISTAGE OBLIGATOIRE

L'Université n'est pas un corps policier et n'a nulle intention d'empiéter sur les libertés civiles des membres de la communauté. Elle n'exige pas de dépistage obligatoire des anticorps au VIH: aucun étudiant ou aucune étudiante, ni aucun membre du personnel ou du corps professoral n'est obligé-e de faire savoir à l'Université s'il ou elle a subi un test de dépistage du VIH ni de lui fournir les résultats dudit test.

DISCRETION

L'Université reconnait l'importance de la discrétion la plus absolue en ce qui a trait aux infections au VIH ou au dépistage des anticorps. Comme pour tout renseignement personnel d'ordre médical, toute information fournie à la personne-ressource VIH/SIDA, au comité consultatif VIH/SIDA, au Service de santé ou à des représentant-e-s de l'Université sera traitée avec la plus absolue discrétion. Aucune information de ce type ne sera divulguée A QUI QUE CE SOIT (administration, corps professoral, compagnie d'assurance, agences gouvernementales, médias, collègues, parents, ami-e-s) sans le consentement écrit de la personne intéressée, dûment informée. Le manquement au secret professionnel par tout membre de la communauté universitaire sera sévèrement réprimandé par le biais des mécanismes disciplinaires en vigueur.

ACCES AU RESSOURCES DE L'UNIVERSITE

Aucun étudiant ou aucune étudiante, ni aucun membre du personnel ou du corps professoral porteur ou porteuse du VIH ne peut se voir refuser l'accès aux ressources de l'Université ou à des services qu'elle offre sur simple allégation d'infection.

DIRECTIVES À L'INTENTION DE LA POPULATION ÉTUDIANTE

- Aucun étudiant ou aucune étudiante ne peut se voir refuser l'admission à l'Université parce qu'il ou elle est porteur-euse présumé-e ou avéré-e du VIH.

- Tout étudiant ou toute étudiante porteur-euses du VIH ou présumé-e l'être sera encouragé-e à suivre ses cours sans aucune restriction tant que sa santé le lui permettra.

- Les étudiants ou étudiantes atteint-e-s d'une maladie liée au VIH auront droit au même traitement pédagogique que les autres étudiants ou étudiantes souffrant d'un problème de santé (prolangation d'échéances, report d'examens, etc.).

- Les étudiants ou étudiantes porteurs-euses du VIH ne seront exclu-e-s d'aucun poste offert à la population étudiante par l'Université tant qu'ils/elles seront en mesure de s'acquitter de leurs tâches de manière sûre et fiable.

- L'Université n'empêchera aucun étudiant ou aucune étudiante porteur-euse du VIH ou présumé-e l'être de participer à ses programmes sportifs à moins que des experts médicaux indiquent qu'il y a là un risque raisonnable pour la santé ou la sécurité de la personne porteuse ou des autres sportifs-ives.

- L'Université n'accordera pas de remboursement ou d'autorisation d'abandon ou de modification de cours (après les délais prescrits) en raison d'un refus de s'associer avec un étudiant ou une étudiante ou un membre du corps professoral porteur ou porteuse du VIH ou présumé l'être.

- Tout comportement discriminatoire en rapport avec le VIH ayant pour effet de gêner une activité qui se déroule à l'Université (dans les classes, dans les laboratoires ou aux cours d'activités parascolaires) sera signalé à la personne-ressource VIH/SIDA, qui le traitera sur une base individuelle au moyen d'informations et de conseils. En cas d'échec, on peut adresser une plainte en vertu du code de conduite (non pédagogique).

DIRECTIVES APPLICABLES AUX RESIDENCES ETUDIANTES

- Aucun étudiant ou aucune étudiante ne se verra refuser un logement sur les campus de l'Université sur simple allégation d'infection par le VIH.

- Afin d'aider la population étudiante et le personnel des résidences à éviter tout comportement susceptible de les exposer à une infection par le VIH, l'Université mettra sur pied à leur intention un programme éducatif sur le virus et sur le SIDA.

- Tout étudiant ou toute étudiante logeant dans les résidences et ayant un problème d'immunité, notamment une infection par le VIH, peut juger bon d'en aviser la personne-ressource VIH/SIDA, qui l'informera éventuellement de toute maladie contagieuse qui surgie dans les résidences, de façon à protéger la personne visée contre toute exposition inutile.

DIRECTIVES A L'INTENTION DU PERSONNEL

- Aucune personne porteuse du VIH ne peut faire l'objet de discrimination au moment de l'embauche, ni aucun membre du personnel en milieu de travail.

- Dans ses politiques et ses pratiques d'embauche, l'Université s'engage à ne tenir compte d'aucun élément relié à l'infection par le VIH.

- Aucune justification médicale n'autorise un membre du personnel à refuser de travailler avec une personne porteuse du VIH sur simple allégation de ce motif. Tout comportement discriminatoire en rapport avec le VIH ayant pour effet de gêner une activité qui se déroule à l'Université (dans les classes, dans les laboratoires ou au cours d'activités parascolaires) sera signalé à la personne-ressource VIH/SIDA, qui le traitera sur une base individuelle au moyen d'informations et de conseils. En cas d'échec, on peut adresser une plainte en vertu du code de conduite (non pédagogique).

- L'Université ne réaffectera pas une personne membre de son personnel porteuse de VIH ni ne la congédiera sur simple allégation de ce motif.

- L'Université reconnait la nécessité de faire preuve de sensibilité avec les membres du personnel porteurs ou porteuses du VIH et comprend l'importance du maintien

de l'emploi et d'une aide morale pour le bien-être physique aussi bien qu'émotif des personnes concernées.

- Comme pour tout membre du personnel qui a un problème de santé, les personnes atteintes d'une maladie liée au VIH seront encouragées à continuer à travailler tant qu'elles seront en mesure de s'acquitter de leurs tâches de manière sûre et fiable.

- Comme pour tout membre du personnel qui a un problème de santé, on s'efforcera de répondre aux besoins particuliers des personnes porteuses du VIH.

- La position de l'Université vis-à-vis des personnes membres du personnel atteintes d'une maladie liée au VIH est la même que pour tout autre membre du personnel malade ou handicapé.

CONCLUSION

Les présentes directives se fondent sur les renseignements les plus récents actuellement disponibles et sont sujettes à révision en fonction de tout développement apporté par la recherche liée au VIH et au SIDA ou aux questions connexes.

Toutes demandes de clarification en rapport avec ces directives doivent être adressées au comité consultatif VIH/SIDA par l'entremise du cabinet du recteur.

REMERCIEMENTS

Ces directives ont été élaborées par Marlene Daley, B.A. (Université Concordia).

Le cabinet du recteur désire remercier les personnes suivantes de leur précieuse collaboration à la préparation du présent document: M. William F. Foster, Mme Margaret Somerville et Mme Margaret Duckett du Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill ainsi que le Dr. Louis Vagianos, directeur de la recherche, Groupe de travail de la Nouvelle-Ecosse sur le SIDA.

Nous désirons également exprimer notre reconnaissance à l'"American College Health Association" pour ses excellentes publications relatives aux politiques sur le SIDA à l'intention des établissements d'enseignement.

NOTE INFRAPAGINALE:

1. Selwyn, P.A., "AIDS: What is Now Known, II. Epidemiology" (1986) 23 Hospital Practice 127-164; Center for Disease Control, "Recommendations for Preventing Possible Transmission of Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy - Associated Virus from Tears" (1985) 34 M.M.W.R. 533-534; Peterman, T.A. & Curran, J.W., "Sexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus" (1986) 256 J.A.M.A. 2222-2226; Blattner, W.A., Biggar, R.J., Weiss, S.H., Melbye, M. & Goedert, J.J., "Epidemiology of Human T-Lymphotropic Virus Type III and the Risk of the Acquired Immunodeficiency Syndrome" (1985) 103 Ann. Intern Med. 665-670; (as cited in Foster, W.F., Sommerville, M. & Duckett, M., "HIV/AIDS and School Boards: A Policy Approach" (1988).

1514-0129
89-0554

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Enseignement supérieur
et de la Science
Direction générale
de l'enseignement collégial